

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1922—1923 — N° 154

Les Tumeurs Primitives du Sac Lacrymal.

THÈSE

PRÉSENTÉE

À LA FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles MARTIGNY

né à TURIN (Italie) le 22 Octobre 1894.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

LES TUMEURS PRIMITIVES
DU SAC LACRYMAL.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON.

Année Scolaire 1922-1923 — N° 154

Les Tumeurs Primitives du Sac Lacrymal.

THÈSE

PRÉSENTÉE

À LA FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles MARTIGNY

né à TURIN (Italie) le 22 Octobre 1894.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire
 Doyen
 Assesseur

M. HUGOUNENQ
 MM. J. LEPINE.
 ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
 A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.	N.-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	BRETIN
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène.	VILLARD
Thérapeutique.	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURSTITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL
— Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	TRILLAT	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	NOEL, chargé
CADE	COTTE	CORDIER	des fonctions
GARIN	DUROUX		

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. ROLLET, *président*, M. THÉVENOT Léon, *assesseur*.
 MM. CORDIER et SANTY, *agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Professeur de Clinique Ophtalmologique

à la Faculté de Médecine de Lyon.

Officier de la Légion d'Honneur.

A ta mémoire, ma Mère chérie, ce modeste ouvrage est dédié : couronnement de l'œuvre que ton infinie tendresse pour moi a commencée, je l'offre respectueusement à ton souvenir, une pieuse pensée dirigée vers la terre où tu reposes, là-bas, sous le feuillage attristé des grands sapins....

AVANT-PROPOS

Les dernières lueurs de l'immense incendie, dont le disque de feu a embrasé l'horizon dans une symphonie aux accords éclatants, viennent de s'éteindre, laissant après elles un décor grandiose de clarté opaline sur lequel se détachent, comme des personnages fantasques d'un théâtre d'ombres, les arbres tourmentés du coteau de Sainte-Foy !... De lourds effluves flottent dans l'air de cette soirée d'été et montent lentement du sol, enveloppant les choses de leur chaud rayonnement et les âmes d'un brouillard indécis, dans lequel s'alanguissent, en silence, de longues rêveries... Une phalène, attirée par la lumière qui m'éclaire, se plonge et se replonge, de son vol lourd et maladroit, dans le dédale des arabesques violettes que la fumée d'une cigarette, achevant de se consumer dans un cendrier, égrène vers le plafond.

Sur ma table de travail sont encore épars, çà et là, des livres, des résumés ou des schémas qui m'ont servi à préparer mes derniers examens, et je n'ose pas les enlever, car je sens qu'avec leur dispari-

tion un époque de ma vie va rentrer dans le passé et que, bientôt, entraînée par le remous vertigineux des événements qui se succèdent ou se chevauchent, ma jeunesse ne sera plus qu'une toute petite chose s'estompant dans le lointain !

Je me souviens...! il y a près de vingt-cinq ans ! Je revois le petit enfant que l'on conduisait tous les matins à l'école : la classe bien claire et le grand tableau noir sur lequel mon premier maître inscrivait les lettres et les chiffres en gros caractères afin que leur forme se grave mieux dans nos esprits immaculés ; la grande cour de récréation bordée de platanes où nous donnions libre cours à notre exubérance dénuée de préoccupations.

Voici mes premières versions latines, début d'innombrables promenades au milieu des souvenirs de cette civilisation romaine, grande tout à la fois d'intelligence et de brutalité, mes premières notions de Grec, et les lectures des textes de Thucydide, de Xénophon, de Sophocle ou d'Euripide, dans lesquels éclatent, presque à chaque ligne, la simplicité, la grâce et l'élégance de cette merveilleuse culture hellénique, berceau de tous les arts.

Maintenant, voici les longues veillées passées sur des problèmes de Mathématiques et sur les cours de Physique et de Chimie, les premières notions de Sciences Naturelles et, comme une sorte de métaphysique des lettres et des sciences, les différentes parties de la discipline philosophique réalisant une vaste

synthèse des connaissances accumulées au cours de ces longues études.

Deux années à peine se sont écoulées depuis l'heureux jour où les portes de la Sorbonne m'ont vu passer, la figure toute illuminée par la joie d'être reçu bachelier ! Tandis que je suis allé chercher sur les bords de la Manche quelques semaines de tranquillité et de repos, le premier jour du mois d'août 1914, dans ce rude pays breton où les grands champs de genêts et de bruyères viennent confondre leur monotonie grisâtre avec l'immensité verte de la mer qui scintille au soleil d'été, un glas a ébranlé le vieux clocher de pierre moussue, emportant au loin, dans les terres et sur les flots, son douloureux appel ! La Guerre, dont on osait à peine parler, en raison de la tournure terrible que les perfectionnements des armements modernes devait lui faire prendre, vient d'éclater, précipitant l'une contre l'autre, dans un tourbillon de folie délirante, deux parties de la grande famille humaine !

Hélas ! quatre ans durant les fantaisies de la plus cruelle barbarie ont remplacé les lois de la civilisation ! Quatre ans durant des visions d'horreur m'ont rempli d'effroi, gravant à tout jamais leurs lignes ensanglantées dans ma jeune âme sentimentale ! — Seppois, Hartmannsweilerkopf, Argonne, Champagne, Oise et Somme, vous tous, champs de bataille que j'ai parcourus, je revois vos tranchées bouleversées, vos arbres déchiquetés dressant lugubrement leur

tronc amputé vers le ciel blafard des nuits lunaires, vos blessés râlant dans un appel désespéré vers la vieille maman qui attend des nouvelles, là-bas, vos cadavres hideux dans leur liquéfaction putride, votre silence, ou bien le bruit infernal d'un cyclone de fer s'abattant sur vos immensités dénudées !

La tourmente est passée depuis cinq ans déjà, mais, comme au réveil d'un cauchemar tragique persiste longtemps un indicible malaise, il reste en moi une mélancolie qui s'attriste quand je songe à tous les vides que la faux belliqueuse a laissés dans les rangs de mes camarades de combat et, en particulier, des médecins auxiliaires qui ont fait à la France le sacrifice sublime de leur riante jeunesse : que leur mort glorieuse reste pour nous un exemple et un enseignement, ainsi qu'une dette éternelle d'infinie reconnaissance !

Aujourd'hui mes études de Médecine sont terminées et, pour les couronner du diplôme de docteur, je vais commencer à écrire ma thèse. Mais avant, je désire que cette longue évocation ne se termine pas sans que ma pensée s'arrête un instant sur la personne de M. le Professeur Rollet, à qui je suis heureux de pouvoir adresser, ici, l'expression de toute ma gratitude pour le bienveillant accueil qu'il m'a réservé et le grand honneur qu'il me fait en acceptant de présider cette thèse ; sur celle aussi de M. le Docteur Bussy, qui a bien voulu me guider dans mon travail, en mettant très aimablement à ma disposition

son temps et sa haute compétence : je les prie de bien vouloir agréer l'expression de mes sincères remerciements et de ma vive reconnaissance.

Minuit déjà ! mes paupières se sont alourdies et je sens le sommeil me gagner à la fin de ce voyage au pays de mes souvenirs : il va me falloir attendre à demain pour aborder mon sujet, afin de retrouver le calme et la tranquillité d'esprit nécessaires pour le mener à bien.

Qu'un voile d'ombre recouvre donc lentement ce passé, et que l'aube radieuse qui réveillera bientôt la nature assoupie, m'ouvre, dans son apothéose, les voies encore vierges de ma nouvelle destinée !

Lyon, Juin 1923.

CHARLES MARTIGNY.

LES TUMEURS MALIGNES DU SAC LACRYMAL

INTRODUCTION

Aucun sujet n'est peut-être plus d'actualité du point de vue scientifique d'abord, puis et surtout par l'intérêt social qu'il comporte, que celui des tumeurs, et surtout des tumeurs malignes qu'on englobe sous le terme générique de cancers.

C'est un véritable problème que la question du cancer, problème complexe s'il en est un, car ses bases nous sont encore à peu près totalement inconnues, et nous ne l'édifions guère que sur des hypothèses, dont aucune n'a encore trouvé jusqu'à présent à s'imposer par des preuves irréfutables.

Certes, depuis 1875, où Conheim soutint, le premier, l'origine embryonnaire des tumeurs, les savants ont travaillé sans arrêt, dans le silence de leurs laboratoires, pour essayer de percer le mystère ; malgré tous leurs efforts, ce chapitre de pathologie reste encore pour l'instant enveloppé d'un voile épais.

Successivement, la théorie de l'anaplasie, celle de la cellule nodale, les théories bactériologiques et parasitaires, celles de l'hérédité directe ou de prédisposition, celle enfin des réactions irritatives, ont été émises et proposées au monde scientifique pour expliquer

l'origine du cancer : toutes ont connu, au moment de leur apparition, leur heure de succès, mais actuellement aucune ne saurait être admise sans conteste. Seule la théorie irritative a retrouvé ces derniers temps une faveur nouvelle : l'étude des facteurs de prédisposition locale des tumeurs a abouti à la connaissance d'une série d'états anatomiques qui précèdent assez régulièrement certaines formes de cancer, si bien qu'on a pu les dénommer états précancéreux. Citons, parmi ces facteurs de prédisposition locale, les irritations mécaniques, les irritations chimiques (qui prennent à l'heure actuelle une importance de tout premier ordre par leur transport dans le domaine expérimental), les irritations physiques, les états hyperplasiques et cicatriciels, enfin les états inflammatoires chroniques. Ceux-ci acquièrent, dans la question que nous nous proposons de traiter, une valeur très marquée : nous verrons, en effet, au cours de cette étude, comment les tumeurs primitives du sac lacrymal succèdent à un état inflammatoire chronique du sac évoluant depuis longtemps. Ceci nous paraît être une preuve de plus de l'action favorisante non douteuse de ce processus général dans la genèse des formations néoplasiques.

Notre sujet, malgré le peu de fréquence des cas constatés, présente donc un intérêt tout particulier : non seulement il nous apporte une petite contribution à l'étude d'une des innombrables localisations organiques des tumeurs, mais encore il tend à nous orienter vers les directives actuelles sur la pathogénie du cancer.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Le premier cas de tumeur du sac lacrymal, cité dans la littérature médicale, remonte à 1772 où Janin, ophtalmologiste lyonnais, mentionne, dans ses « Mémoires et Observations », le cas d'un polype du sac chez une jeune fille de 26 ans.

Neiss, en 1822, Grillo en 1834, signalent des polypes du sac lacrymal, puis, en 1887, un auteur italien, Sgrosso, publie le premier cas de tumeur maligne du sac. Successivement alors, Mauro, Piccoli, Silvestri, Hertel, Streminsky et d'autres, appellent l'attention sur des tumeurs sacculaires, mais il faut arriver aux travaux du Professeur Rollet, en 1906, pour avoir une étude approfondie de la question, tant au point de vue de la symptomatologie et du diagnostic, qu'à celui de la structure macroscopique et microscopique de ces néoplasies. Nous rapporterons en entier, à la fin de ce petit travail, les deux observations qui ont fait l'objet de cette étude.

Depuis, quelques cas nouveaux ont été signalés par Wagenmann, Bistis, Sneguirew, Pasetti, Tooke, etc.

Grâce à la très grande obligeance de M. le Professeur Rollet, nous avons le plaisir de pouvoir publier dans cette thèse l'observation inédite d'un néoplasme du sac lacrymal, opéré en 1920 dans son service.

CHAPITRE II

Description, Rapports et Structure du Sac lacrymal.

La structure du sac lacrymal nous a semblé si indispensable à connaître pour pouvoir pleinement apprécier les modifications anatomo-pathologiques qui se passent au niveau des tissus sacculaires, lors de leur envahissement par une tumeur, que nous lui avons consacré ce chapitre. Un aperçu sur la morphologie et sur les rapports de cet organe nous a paru digne aussi d'y figurer utilement.

DESCRIPTION ET CONFIGURATION EXTÉRIEURE DU SAC LACRYMAL

Le sac lacrymal est un réservoir membraneux situé sur le côté interne de l'œil au niveau de son grand angle.

Sa forme rappelle celle de cæcum. Terminé en cul-de-sac à sa partie supérieure, il se continue en bas, sans ligne de démarcation appréciable à l'extérieur, avec le canal nasal. De même que l'intestin grêle se jette dans le cæcum, le tronc commun des deux canalicules lacrymaux vient déboucher à angle droit dans le sac lacrymal.

Sa direction, sensiblement verticale, est un peu oblique de haut en bas, d'avant en arrière et de dedans en dehors ; de plus, il n'est pas complètement rectiligne, mais décrit une légère courbe à concavité postérieure.

Les dimensions du sac sont loin d'être les mêmes chez tous les sujets. Sa hauteur est en général de 10 à 15 $\frac{m}{m}$; son diamètre antéro-postérieur est de 6 à 7 $\frac{m}{m}$; son diamètre transversal, un plus petit, ne mesure que 4 ou 5 $\frac{m}{m}$. Ces dimensions sont d'ailleurs en rapports avec celles de la face qui varient, elles-mêmes, avec chaque individu.



RAPPORTS DU SAC LACRYMAL

Le sac lacrymal est logé dans la gouttière lacrymale. Cette gouttière, située à la face interne de l'orbite, est limitée en avant et en arrière par deux crêtes saillantes faisant partie, la première, de la branche montante du maxillaire supérieur, la seconde, de l'os unguis. Elle contient environ la moitié du sac lacrymal, à savoir la moitié postérieure et interne, en sorte

que celui-ci n'est accessible de l'extérieur que par sa moitié antérieure et externe.

Au point de vue de ses rapports, le sac lacrymal doit être considéré successivement en avant, en arrière, en dehors et en dedans. — *En avant*, il est recouvert par la peau, le tissu cellulaire assez dense de la commissure et le tendon direct de l'orbiculaire. Ce tendon croise transversalement le sac et le divise ainsi en deux portions fort inégales : au-dessus de lui, et ne le débordant guère que de deux millimètres, se dresse le cul-de-sac terminal ; au-dessous se trouve la moitié inférieure du sac qui, libre et n'étant soutenue par aucun plan résistant, se distend et bombe en avant toutes les fois qu'une circonstance quelconque vient accroître la pression intérieure au delà des limites normales. — *En arrière*, le sac lacrymal répond au tendon réfléchi de l'orbiculaire doublé du muscle de Horner qui vient s'insérer sur lui : au-dessus et au-dessous de ce tendon le sac entre en contact avec le septum orbitale qui s'insère sur la crête de l'unguis et le sépare ainsi du tissu cellulo-adipeux de l'orbite. — *En dehors*, la face externe du sac lacrymal est située dans l'angle dièdre que forment, en s'écartant l'un de l'autre, le tendon direct et le tendon réfléchi de l'orbiculaire. Cette face répond, à l'union de son tiers supérieur et de son tiers moyen, à la portion commune des conduits lacrymaux qui la perforent pour s'ouvrir dans la cavité du sac. A sa partie toute inférieure elle entre en rapports avec le muscle petit oblique qui prend souvent sur elle un certain nombre d'insertions. — *En dedans*, enfin, la face interne, con-

tenue dans la gouttière lacrymale, répond à la branche montante du maxillaire supérieur et à l'os unguis. Une couche de tissu plus ou moins dense unit, à ce niveau, le sac lacrymal au périoste de ces parties osseuses.

Si nous nous représentons une coupe horizontale passant par le centre de la commissure et de la caroncule, de façon à correspondre à la bifurcation des tendons de l'orbiculaire et du muscle de Horner, il nous sera possible de nous faire une idée nette des rapports multiples du sac lacrymal. En suivant par la pensée cette coupe d'avant en arrière, nous rencontrons les couches suivantes :

- 1° La peau, très mince.
- 2° La couche du tissu cellulaire sous-cutané, adhérente à la peau et au plan sous-jacent.
- 3° Le tendon direct de l'orbiculaire ou ligament antérieur et interne des tarses.
- 4° Le sac lacrymal.
- 5° Le tendon réfléchi de l'orbiculaire, ou ligament postérieur et interne des tarses.
- 6° Le muscle de Horner.
- 7° L'aponévrose orbitaire.

CONFORMATION INTÉRIEURE ET STRUCTURE DU SAC LACRYMAL

La surface interne du sac lacrymal, de coloration rougeâtre ou simplement rosée, rappelle comme forme celle de la surface externe. Elle nous présente un

peu partout, mais surtout sur son côté interne, un certain nombre de replis muqueux éminemment variables par leur situation, leur direction, leur forme, et surtout par leur développement. A la partie inférieure on y voit parfois, mais non toujours, un léger rétrécissement qui sépare le sac lacrymal du canal nasal ; on y trouve aussi, d'une manière inconstante, une dépression ou fossette qui se dirige en avant et en dehors : c'est le sinus ou recessus d'Arlt. — A la partie moyenne de la face externe, on rencontre un orifice à forme très légèrement ovalaire qui n'est autre chose que l'ouverture du tronc commun des canalicules lacrymaux. A ce niveau la paroi du sac lacrymal se déprime en une petite fossette infundibuliforme, connue sous le nom de sinus de Maier.

La cavité du sac lacrymal est tapissée par une membrane muqueuse qui, d'après Béraud, forme deux valvules. La valvule supérieure, ou valvule de Huschke, est située à l'embouchure des canalicules lacrymaux : elle peut être semi-lunaire, à bord libre regardant en haut, ou bien circulaire et représenter une sorte de diaphragme percé à son centre. Elle s'opposerait au reflux des larmes du sac dans les canalicules lacrymaux. — La valvule inférieure, ou valvule de Béraud, serait moins constante que la supérieure. « Haute de 4 à 5 millimètres, elle est située, dit cet auteur, à la partie inférieure du sac lacrymal, se détache de la paroi externe de cette cavité et se dirige obliquement en haut, de sorte que, si on la prolonge par la pensée, elle vient rencontrer la paroi interne du sac vers sa partie supérieure. » Elle peut varier dans sa di-

rection, dans sa hauteur, prendre naissance sur la paroi interne ou postérieure et affecter la forme d'un diaphragme percé à son centre.

Histologiquement, la muqueuse du sac lacrymal qui se continue directement, d'une part, avec la conjonctive par les points lacrymaux et, d'autre part avec la pituitaire par le canal nasal, se compose d'un chorion et d'un épithélium. Le chorion, épais, adhère au périoste par l'intermédiaire d'un tissu conjonctif lâche. La partie profonde du chorion, fibro-élastique, est creusée de lacs veineux en connexion avec le plexus de la pituitaire; sa partie superficielle, de structure réticulée, est infiltrée de corpuscules lymphoïdes nombreux, groupés parfois en follicules. L'épithélium, séparé du chorion par une basale, est de type prismatique stratifié. Les cellules superficielles sont nues ou garnies de cils vibratiles. Ces cellules s'amincissent à leur extrémité basale et interceptent ainsi entre elles des espaces libres où s'amassent des cellules plus petites, de forme sphérique (cellules basales), dont la signification est encore mal connue : elles sont vraisemblablement de même nature que les cellules basales de la pituitaire. Dans cet épithélium, on trouve, de place en place, des cellules caliciformes nombreuses, qui se groupent surtout dans les plis de la muqueuse.

La muqueuse du sac lacrymal renferme dans son épaisseur un nombre considérable de glandes. Vernke en distingue quatre types différents, à savoir :

1° Des glandes muqueuses tubuleuses bien délimitées de 0 mm. 3 à 2 mm. 4 de longueur .

2° Des petites glandes tubuleuses non délimitées, dont les conduits se trouvent disséminés dans le tissu ambiant .

3° Des glandes tubuleuses simples .

4° Des renforcements simulant des glandes.

Nous terminerons cet exposé anatomique du sac lacrymal en rappelant que les artères qui lui sont destinées proviennent de la palpébrale inférieure et de la nasale, branches de l'ophtalmique ; que les veines sont de simples veinules sans importance en relation, en bas, avec le réseau de la pituitaire, en haut, avec celui de l'ophtalmique et de la faciale ; que les nerfs enfin sont constitués par des filets extrêmement ténus provenant du nasal externe, branche de l'ophtalmique.

CHAPITRE III

Les Tumeurs bénignes du Sac lacrymal.

Les tumeurs primitives du sac lacrymal sont des affections rares ; parmi celles-ci les plus fréquentes sont, sans contredit, les tumeurs bénignes et surtout les polypes qui en constituent la presque totalité. Au cours de nos recherches bibliographiques, nous n'avons trouvé que dix cas de polypes du sac cités dans la littérature médicale ; toutefois, nous savons que, malgré qu'ils n'en aient pas publié les observations, de nombreux ophtalmologistes ont eu l'occasion d'en rencontrer lors d'extirpations de sacs lacrymaux.

Pour chaque auteur, la proportion qui existe entre le nombre de sacs enlevés et le nombre de polypes trouvés varie assez sensiblement : ainsi, par exemple, Tooke, sur 50 sacs extirpés, a rencontré deux cas de polypes, tandis que Hertel, sur 52, n'en a trouvé

qu'un seulement. La proportion établie à la Clinique ophtalmologique de la Faculté de Lyon est d'environ 5 pour 100.

Les polypes du sac lacrymal constituent, comme les polypes du nez et des cavités accessoires, des poussées hyperplasiques greffées sur une inflammation ancienne qui n'est pas nécessairement infectieuse et suppurative. Leur rareté forme un contraste frappant avec leur fréquence dans le nez.

Streminsky a observé cette affection un peu plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, et à droite plus souvent qu'à gauche. Faisons remarquer aussi que ces polypes évoluent de préférence sur des sujets jeunes.

D'après Desmarres, les polypes du sac lacrymal se développeraient assez souvent « chez des malades opérés de la fistule lacrymale par la mise à demeure d'une canule » (Dupuytren) ; la présence du corps étranger provoquerait la formation d'un polype oblitérant et coiffant la canule. Le polype ainsi formé ressemble beaucoup trop à un bourgeon charnu pour mériter le nom de néoplasme ; c'est un granulome et rien de plus. Nous réserverons donc le nom de polype aux tumeurs de cette catégorie qui se développent spontanément dans la paroi du sac.

Pokrowsky considère généralement les polypes du sac lacrymal comme rares ; il les distingue des végétations dites pseudo-polypeuses, granulomes, etc., et qui sont plus fréquentes. Cette distinction a été faite surtout par Kuhnt (1891), qui la base sur plusieurs caractères, mais principalement sur la forme pédiculée

ou non. L'auteur pense que la classification de ces tumeurs doit être faite sur leurs caractères histologiques, en partant des recherches faites sur les polypes de la muqueuse nasale. Les polypes vrais sont dus à une hyperplasie du chorion de la muqueuse nasale ; on y trouve des myomes, des granulomes, des fibromes télangiectasiques, des adénomes, etc.

Chez un homme de 26 ans, Pokrowsky a trouvé, à l'occasion de l'extirpation du sac lacrymal, un polype de 8 mm. sur 4 mm. environ, et à pédicule étroit (1 mm.). Il était constitué par du tissu conjonctif jeune, relativement peu infiltré et rappelant le tissu aréolaire des polypes du nez. Les cellules étaient des leucocytes mononucléaires et polynucléaires, des cellules épithéliales et plasmiques. L'épithélium de la surface était formé d'une ou deux rangées de cellules aplaties. Dans le pédicule, le tissu conjonctif avait un caractère fibreux plus dense.

Desmarres signale le cas d'une femme de 50 ans environ, venue le consulter pour une tumeur lacrymale qui l'incommodait beaucoup depuis plus d'un an. « J'essayai longtemps, dit l'auteur, le cathétérisme de haut en bas et je me décidai à opérer. Le sac étant ouvert, je fus bien surpris de reconnaître qu'il ne s'affaissait pas à la pression et je crus un moment qu'un caillot de sang remplissait la cavité du sac ; il n'en était rien cependant, c'était un polype muqueux, du volume d'une petite amande, très inégal à sa surface et pédiculé. Je l'enlevai d'un coup de ciseaux et je me proposai, le sac me paraissant libre désormais, de fermer la plaie dans l'espérance d'une guérison rapide ; mais je me trompai et je dus détruire plus

tard le sac par le feu, la dilatation, essayée d'abord, ayant échoué.

De Graefe rapporte, lui aussi, le cas d'une fillette de 10 ans atteinte de dacryocystite ancienne avec ectasie sacculaire chez laquelle il trouva, à l'extraction du sac, un polype du volume d'une noisette ; ainsi que celui d'un homme de 24 ans atteint de dacryocystite double avec rétrécissement de la partie inférieure du canal et chez lequel il put observer, dans le sac, un polype de la grosseur d'un pois. Dans ces deux cas un liquide purulent sortait par les points lacrymaux à la pression de la région sacculaire et, à la palpation, on avait la sensation d'une tumeur résistante, lipomateuse. La guérison fut obtenue, chez ces deux malades, par extraction du sac et cautérisation au fer rouge.

Streminsky mentionne à son tour que, lors de l'extraction d'un sac lacrymal pour une fistule lacrymale avec fort gonflement de la région, il vit apparaître, après incision de la paroi du sac, un véritable polype de la grosseur d'une noisette. C'était une tumeur demi-molle, arrondie, vasculaire, fixée par un pédicule étroit à la paroi antérieure du sac. L'auteur ajoute que les symptômes déterminés par la présence d'un tel polype n'étaient guère pathognomoniques : c'étaient ceux d'une blénorrhée du sac lacrymal avec fistule. — Les récidives de ces polypes ne semblent guère à craindre. — A l'examen histologique, l'on se trouva en présence d'un fibrome caverneux.

Wagenmann a publié, à l'occasion d'un polype pédiculé découvert par lui lors de l'extirpation d'un

sac lacrymal, une belle observation que nous essaierons de résumer brièvement ici. — Il s'agissait d'une jeune fille de 15 ans qui, à la suite d'une scarlatine et d'une diphtérie, fut atteinte d'épiphora à gauche. Le larmolement devint de plus en plus intense et purulent, ce qui décida le médecin traitant à pratiquer plusieurs incisions. A l'entrée, l'auteur constata un larmolement à gauche, avec tuméfaction de la région lacrymale. Dans la région du sac, à l'angle interne de la paupière, se trouvait une cicatrice ancienne d'environ 1 cm. 5. Il y avait une grosse inflammation de tout le pourtour du sac. Le sac se vidait complètement par la pression. Une cure radicale fut décidée. A l'ouverture du sac on trouva, au-dessous du point d'abouchement des canalicules lacrymaux, un polype d'environ 6 mm. de long, sur 3 mm. de large et 3 mm. de haut. Le polype possédait un pédicule de plusieurs millimètres de longueur et ce pédicule correspondait presque exactement à la région de la cicatrice. La coloration du polype était rouge vineuse, sa surface était lisse. — La guérison fut obtenue en six jours. — Au point de vue anatomo-pathologique l'on put constater que la tumeur emplissait presque complètement la lumière du sac. Elle avait la forme d'un bouton de chemise, avec une base large et un pédicule étroit coiffé par une masse ressemblant à un champignon. La paroi du sac était épaissie et la muqueuse paraissait ininterrompue ; l'épithélium était très bien conservé partout ; par place, on trouvait de très nombreuses cellules calici-

formes. — Dans le pédicule on voyait, par endroit, du tissu conjonctif ancien; vers la base de la tumeur le tissu conjonctif était lâche, parsemé de plaques de tissu lymphoïde; on y trouvait aussi du pigment hémorragique. Les vaisseaux du pédicule étaient nombreux et augmentés de volume. L'épithélium de la muqueuse se continuait à la surface du pédicule avec un léger épaissement au point de la séparation. La tumeur elle-même se composait de tissu conjonctif jeune et de vaisseaux: on trouvait, directement au-dessous de sa surface, un réseau vasculaire très dense.

L'auteur fait observer, en manière de conclusion, que cette tumeur devait évoluer depuis longtemps et il en donne comme preuve la présence de tissu conjonctif ancien dans le pédicule. En outre, on était frappé du contraste existant entre le développement de cette grosse tumeur et le faible degré d'altération des parois du sac. Un fait digne de remarque c'est qu'il y avait peut être un rapport de cause à effet entre la cicatrice ancienne constituée par du tissu fibreux dense et la greffe, en ce point, du néoplasme. « Notre opinion, dit Wagenmann, c'est qu'à l'endroit de la cicatrice s'est établie une prolifération intense de tissu conjonctif jeune qui a donné lieu à l'hyperplasie de la muqueuse. »

En ce qui concerne les tumeurs bénignes ne rentrant pas dans la catégorie des polypes, nous n'en avons trouvé, au cours de nos recherches bibliographiques, qu'une seule observation, le cas décrit par

De Vincentiis sous le nom de fibrome papillaire du sac devant être considéré, par sa récurrence post-opératoire, comme une véritable sarcome.

Cette unique observation est due à Dupuy-Dutemps: il l'a décrite sous le nom de papillome du sac lacrymal. Son intérêt et sa rareté nous ont engagé à la publier in extenso au chapitre VII.



CHAPITRE IV

Les Tumeurs malignes primitives du Sac lacrymal.

Il ne nous paraît pas inutile, avant d'aborder cette question, de rappeler qu'en dehors des cancers sacculaires vrais, c'est à-dire nés aux dépens des éléments anatomiques du sac lui-même, nous pouvons rencontrer dans cette région des tumeurs malignes propagées secondairement aux voies lacrymales. On a noté assez fréquemment, au grand angle de l'œil, des épithéliomas qui ont leur point de départ à la peau ou à la conjonctive ou qui sont d'emblée cutanéomuqueux. On peut encore rencontrer des tumeurs venant du nez et des cavités accessoires et ayant envahi secondairement le sac lacrymal. — Nous ne nous attarderons pas à rechercher tous les nombreux cas de cancers péri-sacculaires s'étant propagés au sac lacrymal : nous rappellerons seulement, à titre d'indication, l'observation rapportée par Brin-

del, aux Sociétés savantes de Bordeaux, en 1895, d'épithélioma lobulé des fosses nasales ayant envahi les voies lacrymales, et le cas du Professeur Rollet, paru dans les *Archives d'Ophtalmologie*, en 1906, d'un sarcome mélanique du sac lacrymal consécutif à un mélano-sarcome choroïdien. La malade, une femme de 57 ans, avait été opérée quelque temps auparavant d'une tumeur mélanique des fosses nasales ; ce n'est que huit mois après l'énucléation de l'œil qu'une récurrence nasale fit découvrir un sac lacrymal complètement infiltré.

Après avoir rapidement appelé l'attention sur ces cancers sacculaires secondaires, nous allons pouvoir étudier maintenant les tumeurs malignes vraiment primitives du sac lacrymal.

Ces néoplasmes sont excessivement rares ; contrairement à ce qui se passe pour les polypes, nous croyons que les observations publiées constituent à peu près la totalité des cas rencontrés : or, nous n'avons pu en réunir que 19. Eux aussi, comme les tumeurs bénignes, demeurent insoupçonnés pendant fort longtemps, car ils ne se manifestent que par des signes de dacryocystite chronique banale. Fait important à noter, ils évoluent surtout sur des sujets âgés.

Au point de vue structural, nous pouvons aussi bien rencontrer des tumeurs épithéliales que des tumeurs conjonctives : les premières naissent aux dépens de l'épithélium de la muqueuse lacrymale, les seconds ont pour origine le chorion sous-muqueux. Enfin, n'oublions pas que, quelquefois, le point de

départ de ces cancers est une formation polypoïde qui a subi ultérieurement une dégénérescence maligne.

C'est De Vincentiis qui a publié, en 1876, la première observation de sarcome du sac lacrymal. Il s'agissait d'une malade de 60 ans ; le début de l'affection remontait à trois ans, où elle avait commencé par un abondant larmoiement ; puis une petite tumeur était apparue à l'angle interne de l'œil. La tuméfaction fut prise pour une tumeur lacrymale et incisée : l'incision montra qu'il s'agissait d'une tumeur solide ; celle-ci fut opérée, récidiva et donna lieu à une seconde intervention. — La tumeur était formée de papilles revêtues d'un épithélium très épais et constituées par un tissu central conjonctif contenant des vaisseaux. Le diagnostic histologique fut celui de fibrome papillaire, mais la récurrence post-opératoire laisse penser qu'il s'agissait bien, en réalité, d'une néoplasie conjonctive maligne.

En 1885, Seggel signale un cas d'épithélioma papillaire du sac puis, quelques années plus tard, Sgrosso rapporta l'histoire d'une femme de 25 ans qui présentait dans la région du sac une tumeur prise d'abord pour une dacryocystite et incisée. La tumeur continua à s'accroître, s'étendant aux parties voisines et à toute la moitié de la face. La malade fut opérée, mais elle succomba un an après à la suite d'une récurrence. — L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules polymorphes.

Mauro, en 1888, a décrit un cas de sarcome bilatéral des sacs lacrymaux ; les deux tumeurs avaient

le volume d'une noisette ; elles se composaient de tissu muqueux et sarcomateux avec un énorme développement des vaisseaux dont les parois, très épaissies, présentaient une dégénérescence hyaline, si bien que la tumeur, qui était un angio-myxo-sarcome, rappelait les cylindromes.

Piccoli, à son tour, rapporte le cas d'un cancer du sac observé en 1895. Il s'agissait d'une malade de 56 ans chez laquelle, après une atteinte de dacryocystite aiguë et sans aucun épiphora consécutif, s'installa une petite tumeur qui atteignit bientôt des proportions considérables. La malade refusa d'abord l'opération qui ne put être faite que trois mois plus tard alors que la tumeur, grosse comme une pomme de terre, était ulcérée. La récidive fut rapide, avec propagation aux sinus ethmoïdaux et sphénoïdaux, et la mort survint par cachexie cancéreuse quelques mois après. — La tumeur, examinée après l'extirpation, présentait à son centre une cavité qui était celle du sac lacrymal. L'étude histologique démontra qu'il s'agissait d'un carcinome provenant du revêtement épithélial de la muqueuse du sac.

Dans le cas que Silvestri publia en 1897, il s'agissait d'un malade de 63 ans présentant, dans la région du sac, une tumeur ayant l'aspect d'une dacryocystite ; mais le toucher fit voir une absence absolue de fluctuation, une dureté élastique uniforme dans toute la masse et une forte adhérence du néoplasme à la paroi orbitaire. La tumeur fut opérée plusieurs fois et récidiva en envahissant les régions sous-maxillaires et parotidiennes. — L'examen histologique fit voir que

le tissu du néoplasme était composé de cellules incluses dans un délicat réseau conjonctif; ces cellules, en général volumineuses, étaient irrégulières dans leur forme, souvent polyédriques; dans l'une des tumeurs enlevées on reconnut la section d'un canalicule lacrymal. Le diagnostic histologique fut celui de sarcome à cellules polymorphes.

Sgrosso, en 1900, consacre un long article ophtalmologique à une tumeur maligne primitive qu'il eut l'occasion d'observer au Dispensaire de Gesù e Maria, à Naples. Le malade, un paysan de 65 ans, atteint d'épiphora depuis quatre ans, présentait, dans la région du sac, une tuméfaction indolore en soi, mais qui était le point de départ de violentes névralgies faciales. La consistance de la tumeur était molle et il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire. En revanche, le maxillaire supérieur était fortement infiltré et une masse bourgeonnante d'aspect néoplasique apparaissait au niveau de la canine et de la première prémolaire. — L'extirpation du sac fut accompagnée de celle d'une grande partie du maxillaire supérieur et de toute la paroi latérale correspondante du nez, par le procédé de Dieffenback légèrement modifié. — Le malade guérit, en conservant une légère lagophtalmie et un petit leucome cornéen paracentral inférieur par kératite consécutive à cette lagophtalmie. Les dernières nouvelles que l'auteur reçut du malade montraient ce dernier bien portant et exempt de récurrence. — L'examen histologique permit de conclure à un épithélioma à cellules embryonnaires.

Un cas intéressant est rapporté par Guibert et Guériveau : ces auteurs ont rencontré un épithélioma du sac, jugé inopérable en raison d'une infiltration assez considérable des régions voisines. La tumeur fut complètement guérie par les rayons X après huit séances d'une durée moyenne de 20 minutes. Remarque importante au point de vue de cette thérapeutique : l'amélioration ne s'est produite qu'après des radio-dermites assez intenses.

Maggi aussi a rencontré, chez une femme de 56 ans, dont la mère avait déjà été atteinte d'affection des voies lacrymales, une tumeur maligne du sac. La malade présentait, à l'angle interne de l'œil, une petite grosseur non douloureuse et dont l'apparition remontait à 20 ans. Depuis un an était apparue une douleur à la pression; le larmolement était devenu de plus en plus intense et la tumeur avait augmenté de volume. A la palpation, la consistance dure paraissait se prolonger dans le canal nasal. La tumeur était mobile et la peau n'était pas adhérente. — Une ablation complète fut pratiquée et, à la connaissance de l'auteur, il n'y eut pas de récurrence. — A l'examen microscopique, on constata un épaississement des parois du sac par néoformation de tissu proliféré aux dépens du tissu lymphoïde sous-épithélial, ainsi qu'un épaississement de la tunique fibreuse externe par hyperplasie conjonctive. On trouva un développement assez considérable de petits vaisseaux à type embryonnaire, suivi et accompagné d'une énorme prolifération des éléments cellulaires qui, sur certains points, présentaient une disposition péri-vas-

culaire. Il est probable que cette tumeur tirait son origine d'un ou de plusieurs polypes situés dans la paroi du sac, cela par un processus inflammatoire chronique persistant. C'était un angiosarcome péri-thélial.

Une forme particulièrement curieuse de tumeur primitive du sac fut observée par Sulzer et Duclos, en 1906 : Ces auteurs la décrivirent sous le titre de lymphome double du sac lacrymal suivi de lymphadénie généralisée sans leucémie. Le diagnostic différentiel se posa toutefois avec une tuberculose du sac. Si les premières inoculations au cobaye restèrent négatives, les secondes, faites par le Docteur Morax à l'hôpital Lariboisière, furent, au contraire, très positives, ce qui fit considérer la malade comme atteinte d'une tuberculose à localisation ganglionnaire. Toutefois, le fait qu'au cours de cette lymphadénie généralisée la rate et le foie n'avaient pas été engorgés, puis et surtout l'action très marquée de l'arsenic sur l'évolution du processus, laissèrent persister des doutes dans l'esprit des auteurs.

Au XI^e Congrès d'Ophtalmologie, qui s'est tenu à Naples en 1909, Bistis a rapporté un cas de tumeur primitive du sac lacrymal qu'il a observé à la Polyclinique Universitaire d'Athènes. — C'était un marin de 60 ans chez lequel on constata, dans la région du sac lacrymal droit, une tuméfaction de dureté élastique appartenant à la paroi même du sac. A la pression, il ne sortait pas de liquide par les points lacrymaux ; il n'y avait pas d'adénite pré-auriculaire. —

L'excision pratiquée, on trouva une néoplasie de la grosseur d'une noisette, qui était encapsulée dans la paroi du sac épaissie et dégénérée en tissu fibreux. — A l'examen histologique, la tumeur apparut formée par des îlots de cellules épithéliales séparés par des faisceaux de tissu conjonctif : il s'agissait, par suite, d'un carcinome développé aux dépens de la couche épithéliale des parois du sac. — Malgré l'extirpation, la tumeur récidiva.

Sneguirew aussi a eu l'occasion de rencontrer une tumeur maligne du sac lacrymal. Il raconte avoir enlevé le sac lacrymal à une malade âgée de 49 ans, à cause d'une dacryocystite suppurée datant de 20 ans et d'une ectasie sacculaire ayant débuté douze ans auparavant. Rien d'anormal du côté des yeux. — Le sac fut enlevé en totalité et les suites de l'opération furent des plus simples. — Le sac fut trouvé agrandi dans toutes ses dimensions et l'on constata une grosseur adhérente à sa paroi postérieure remplissant la cavité du sac. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire. — Revue au bout de huit mois, la malade ne présentait rien d'anormal : la cicatrice était mobile et peu marquée ; toute irritation avait cessé.

En 1913, Pasetti étudie avec soin, chez un de ses malades, un néoplasme primitif du sac. — « C..., Léopold, fripier, à Florence, est atteint », nous dit l'auteur, « d'un larmoiement de l'œil gauche remontant à un an. A l'entrée, on constate une tuméfaction de la région du sac ; la peau est normale ; il y a une légère sécrétion de catarrhe à l'angle interne des

paupières. A la palpation, l'on sent une tumeur du volume d'une noisette. Il n'y a pas de déplacement du globe oculaire. La peau est mobile ; la consistance de la tumeur est ligneuse ; il n'y a pas d'adhérence avec la paroi de l'orbite. On établit le diagnostic de néoplasie primitive du sac. — L'extirpation de la tumeur est pratiquée et la guérison a lieu en moins d'un mois. — Quatre mois après aucune récidive ne s'était produite; mais, à ce moment, le malade meurt brusquement à l'hôpital où il venait d'entrer pour bronchite chronique ». — L'examen anatomo-pathologique montra que la cavité du sac avait disparu ; au centre de la coupe on trouva quelques cavités kystiques. Les amas cellulaires étaient formés de cellules cylindriques vers la périphérie, cubiques ou polygonales au centre. Toutes ces cellules possédaient de gros noyaux avec de nombreuses figures karyokynétiques. L'élément conjonctif était formé de fibres très fines avec de nombreuses cellules conjonctives polymorphes. Dans les espaces interfibrillaires existaient de nombreux îlots de cellules épithéliales. Sur ces caractères histopathologiques on établit le diagnostic de carcinome primitif du sac à cellules cylindriques.— L'auteur fait remarquer, en terminant, que cette forme de néoplasie a un caractère de malignité très marqué.

Le cas le plus récent qui ait été signalé est celui de Butler.—Chez une jeune fille de 17 ans, qui se plaignait de larmolement ancien, l'auteur constata un gonflement du sac et un œdème s'étendant jusqu'à la racine du nez. Les conduits lacrymaux étaient obstrués, mais

il n'y avait rien d'anormal à leur niveau. On fit le diagnostic de tuberculose du sac avec propagation aux tissus environnants et on pratiqua l'extirpation. On enleva une large tumeur, bien circonscrite, n'ayant pas envahi les tissus voisins. — Le diagnostic histologique fut celui de sarcome à petites cellules rondes. — Quelque temps après, une première récurrence se fit dans l'orbite : on pratiqua une opération incomplète et l'examen histologique de la tumeur enlevée permit de constater la présence de nombreuses cellules cartilagineuses en voie de division active. — La malade alla mieux, puis une seconde récurrence se fit dans la paupière inférieure : on extirpa à nouveau cette tumeur et l'on se trouva en présence d'un carcinome à cellules rondes. — Les souffrances devinrent alors intolérables et la malade se décida à subir une opération importante : on lui énucléa l'œil gauche, on racla le périoste de l'orbite, on enleva la commissure des paupières et on fit l'ablation complète de la conjonctive. La récurrence fut rapide : la néoplasie envahit tout le maxillaire supérieur et la malade mourut de cachexie cancéreuse sans avoir présenté de métastases. — D'après l'auteur, l'intérêt de cette observation réside dans ce fait particulier : la tendance constante du processus à ne jamais récidiver exactement au même endroit.

Par l'étude attentive de tous ces cas nous voyons les nombreux points communs de ces formes différentes de tumeurs malignes du sac lacrymal, qu'elles soient épithéliales ou conjonctives. Toutes présentent une prédisposition marquée à récidiver, mais il

y a lieu de noter que cela se produit d'autant plus sûrement et rapidement que la tumeur a déjà fait issue du sac et qu'elle a dépassé la loge lacrymale.

Notre aperçu ne serait pas complet si nous ne parlions pas, à propos des cancers primitifs du sac lacrymal, des très belles observations de M. le Professeur Rollet : les publiant dans le texte, au chapitre VIII, nous les avons volontairement, ici, passées sous silence.

CHAPITRE V

Pathogénie, Symptomatologie et Evolution des Tumeurs du Sac lacrymal.

Après ces quelques considérations générales sur les tumeurs bénignes et malignes du sac lacrymal, nous croyons devoir réunir dans une vue d'ensemble les différents symptômes de ces affections, mentionner quelle est leur évolution, mais surtout insister particulièrement sur les facteurs pathogéniques que l'on retrouve le plus souvent à l'origine du développement de ces néoplasies.

PATHOGÉNIE DES TUMEURS DU SAC LACRYMAL

L'étude de l'origine des tumeurs du sac lacrymal constitue une question de brûlante actualité, car, dépassant de beaucoup le cadre de ce petit sujet, elle se rattache aux idées reprises dernièrement sur les tumeurs d'irritation.

Aucun de nous n'ignore qu'une simple irritation fonctionnelle purement physiologique est une cause évidente, lorsqu'elle est fréquemment répétée, de multiplication cellulaire : la culture physique, par exemple, est un merveilleux agent d'hypertrophie des fibres musculaires.

Ceci s'applique sans restriction aux irritations pathologiques, c'est-à-dire à celles qui entraînent chez l'individu l'apparition de phénomènes anormaux ; ici aussi, nous constatons l'installation d'un processus hyperplasique. Toutefois, tandis qu'à une irritation physiologique correspond une réaction physiologique ne dépassant pas les limites normales, à une irritation morbide répond une réaction morbide qui dépasse largement son but.

Ces irritations pathologiques sont assez variées, mais on peut les grouper en deux grandes classes :

1° Les irritations mécaniques qui comprennent :

- a) Les traumatismes .
- b) Les agents chimiques : arsenic, argent, charbon, goudron, paraffine, etc.
- c) Les agents physiques : chaleur, lumière solaire, rayons X, radium.
- d) Les états hyperplasiques et cicatriciels.

2° Les irritations infectieuses avec, au premier plan :

La tuberculose, la syphilis, les états inflammatoires chroniques.

Au point de vue qui nous intéresse, nous ne nous occuperons que des traumatismes, des états cicatriciels et des inflammations chroniques.

D'après Brosch, la lésion dégénérative ou nécrotique de la cellule est toujours suivie d'une prolifération réactionnelle plus ou moins énergique. Le traumatisme intense aurait ainsi une influence surtout négative, lésionnelle, le traumatisme faible et répété une influence positive, réactionnelle, et celle-ci agirait en provoquant à la longue la croissance atypique des cellules par rajeunissement progressif.— Or, souvent, les tumeurs du sac se développent chez des malades soumis à de nombreux cathétérismes des voies lacrymales : la répétition du léger traumatisme constitué par le passage de la sonde qui irrite et déchire même quelquefois la paroi jouerait donc ici un certain rôle et nous pourrions le comparer à celui occasionné par le pessaire sur lequel Bernard, dans sa thèse, appelle l'attention comme facteur de prédisposition du cancer du col de l'utérus.

Les états cicatriciels (cicatrices de brûlure, de gercure, de blessure, d'intervention chirurgicale) paraissent avoir une moins grande importance étiologique dans le développement des tumeurs du sac. Rappelons toutefois, dans cet ordre d'idées, le cas de Wagenmann, dans lequel le pédicule d'un polype trouvé par lui au cours de l'extraction d'un sac lacrymal correspondait exactement à la région d'une cicatrice ancienne.

Beaucoup plus importantes dans l'étiologie des tumeurs primitives du sac lacrymal semblent être les

inflammations chroniques. Comme nous l'avons vu, l'irritation inflammatoire est également une cause de prolifération cellulaire, mais, ici, action produite et effets observés sont singulièrement plus complexes. Ainsi que l'écrit Ménétrier, certaines cellules semblent plus aptes que d'autres à la réaction prolifératrice et ce sont justement les moins différenciées ; en effet, les cellules les plus différenciées semblent peu capables d'une activité semblable et, si l'irritation est trop forte, elles dégénèrent purement et simplement. Lorsque le facteur d'irritation poursuit son action, les effets s'accumulent, il y a association d'inflammation et de tendance régénératrice par travail de compensation : ainsi se constituent les états hyperplasiques, complexes et variables selon les tissus et les organes intéressés, qui représentent le terrain sur lequel se développent le plus grand nombre de tumeurs et constituent le stade initial de l'évolution néoplasique.

Les observations abondent aujourd'hui de cancers des voies biliaires précédés de calculs et d'infection de la vésicule et du cholédoque, de cancers du pancréas évoluant sur de vieilles pancréatites, de cancers du sein sur une mastite. Nul n'ignore que, si l'utérus est un des viscères les plus fréquemment touché par le cancer, c'est également un de ceux où les irritations chroniques sont les plus communes : catarrhes, infections, ulcérations, traumatismes, déchirures.

Nous retrouvons un exemple de plus de cette origine inflammatoire de nombreuses tumeurs, dans l'étude de l'étiologie de celles du sac lacrymal. Tou-

tes les observations signalent, en effet, chez les sujets porteurs de ces néoplasmes, un long passé de dacryocystite chronique : le catarrhe du sac suffit à entraîner une prolifération partielle de la couche papillaire, et voilà constitué le point de départ sur lequel évoluera lentement l'hyperplasie néoformatrice.

Cholécystite, pancréatite, mastite, métrite, dacryocystite, sont des processus pathologiques de même nature et dont la conséquence possible est par suite la même : une réaction proliférative qui, à plus ou moins longue échéance, pourra donner naissance à une tumeur.

SYMPTÔMES DES TUMEURS DU SAC LACRYMAL

Les symptômes des tumeurs du sac lacrymal sont peu nombreux et ils peuvent être exposés en quelques mots. — Au cours d'une dacryocystite ancienne, ayant débuté ou non par un phlegmon lacrymal, apparaît, au bout d'un temps généralement long, une petite tuméfaction au niveau du sac. Le larmolement est intense, la région sacculaire est dilatée, tendue, et, si l'on appuie à ce niveau, on fait sourdre du mucus par les points lacrymaux ; la palpation permet de sentir une tumeur qui ne disparaît qu'incomplètement par la pression. Cette pression peut être douloureuse, surtout dans les cas de tumeurs malignes : la consistance de la masse est alors dure, l'empâtement des tissus environnants est très perceptible, quoique l'adhérence du sac à la peau et aux plans profonds ne

soit pas constante. En général, les ganglions préauriculaires et sous-angulo-maxillaires ne sont pas augmentés de volume. — Le cathétérisme est quelquefois possible, la sonde s'engageant entre la paroi et la tumeur, mais, le plus souvent, la sonde est arrêtée par le néoplasme.

EVOLUTION DES TUMEURS DU SAC LACRYMAL

L'évolution des tumeurs du sac lacrymal est, dans la plupart des cas, fort longue et elle reste très souvent méconnue, ne donnant comme manifestation objective qu'un épiphora rébelle. Si la tumeur est bénigne, elle peut demeurer ainsi latente pendant longtemps, quoiqu'elle constitue un foyer d'hyperplasie irritative qui risque à tout instant de subir une transformation maligne. L'observation de M. le Professeur Rollet, dans laquelle un polype du sac a subi une dégénérescence sarcomateuse nous en fournit un bel exemple. — Lorsque la tumeur s'est ainsi transformée, ou lorsqu'elle est maligne d'emblée, si l'ablation n'en est pas pratiquée d'une façon précoce, elle sort progressivement de la loge lacrymale, envahit petit à petit les organes voisins et, poussant des prolongements éloignés dans les parties osseuses environnantes, elle aboutit à une vaste cancérisation du massif facial. Toute intervention chirurgicale est alors très difficile, ou même impossible, et le malade succombe, soit aux progrès du néoplasme, soit à une

cachexie cancéreuse assez rapide. Même dans les cas où l'opération est pratiquée avant l'issue de la tumeur de la loge lacrymale, il ne faut pas oublier qu'une récidive est toujours possible et ce fait a été bien mis en lumière dans les observations dont nous avons parlé au cours de notre précédent chapitre.

CHAPITRE VI

Diagnostic, Pronostic et Traitement des Tumeurs du Sac lacrymal.

Nous venons de voir les différent symptômes qui accompagnent généralement les tumeurs du sac lacrymal. Il nous reste maintenant à examiner ici, en plus du pronostic et du traitement, les points principaux sur lesquels on peut s'appuyer pour établir le diagnostic différentiel de ces affections à la période d'état. Nous disons à la période d'état, parce que le diagnostic précoce des tumeurs du sac lacrymal est extrêmement difficile. Nous savons, en effet, que les symptômes du début sont ceux d'une dacryocystite chronique banale et que la tuméfaction n'apparaît que beaucoup plus tard. Même lorsqu'elle s'est installée, les tissus voisins et la peau ne subissent, pendant très longtemps, aucune modification ; il n'y a pas d'hémorragies, de douleurs, d'adénopathie ou de sensation spéciale sous le doigt à la pression, qui puis-

sont appeler l'attention sur la présence d'un néoplasme.

Pour faciliter notre exposé, nous nous occuperons, dans un premier paragraphe, du diagnostic des tumeurs bénignes, dans un second, de celui des tumeurs malignes.

DIAGNOSTIC DES TUMEURS BÉNIGNES DU SAC LACRYMAL

Malgré l'existence de papillomes et de fibromes du sac, auxquels les notions que nous allons exposer s'appliquent du reste presque sans modifications, nous prendrons comme type de notre description les polypes qui sont, comme nous l'avons fait observer, les tumeurs bénignes du sac de beaucoup les plus fréquentes.

Le diagnostic de polype du sac s'établit surtout par des signes de dacryocystite chronique, avec reflux de muco-pus par les points lacrymaux, sans affaissement du sac et disparition de la tumeur à la pression. — Au point de vue du diagnostic différentiel, nous devons considérer deux cas :

1° *Le polype est entièrement contenu dans la cavité du sac et il ne s'est extériorisé en aucune façon.*

Le diagnostic est alors difficile et les caractères précédemment exposés font qu'on peut hésiter entre un polype du sac et les maladies des voies lacrymales qui entraînent un épaissement considérable des

parois ou une sclérose avec hyperplasie concomitante notable des tissus voisins, come cela se produit dans les tuberculoses non ulcérées du sac ou dans les sacs scléreux bloqués. — Sous cette forme, le diagnostic est des plus délicats et souvent il reste méconnu jusqu'à ce que l'ouverture du sac, après son extirpation, permette de constater, dans sa cavité, une formation polypoïde : c'est, dans ce cas, une véritable trouvaille opératoire.

2° Le polype est extériorisé à travers un point lacrymal préalablement incisé.

Ici, le diagnostic est plus facile: toutefois, il faut éviter de confondre la petite tumeur rose lisse et dure qui apparaît en ce point, avec les tumeurs du bord libre de la paupière (angiomes pédiculés, molluscum, grains de milium, acné varioliforme, etc.). En explorant au stylet le pédicule de la petite tumeur et en plongeant dans le canalicule lacrymal, il est aisé de préciser le siège de cette néoformation.

DIAGNOSTIC DES TUMEURS MALIGNES DU SAC LACRYMAL

La question se pose ici à trois points de vue différents : en effet, les affections susceptibles de prêter à confusion peuvent être soit sacculaires, soit pré-sacculaires, soit enfin péri ou rétro-sacculaires. Nous allons envisager successivement ces trois ordres de faits.

1° *Affections sacculaires.*

La première erreur possible, dans ce cas, est celle qui consiste à prendre une fistule lacrymale ancienne pour une tumeur maligne ulcérée. Sachons donc reconnaître ces fistules évoluant sur une vieille dacryocystite et qui ont à leur origine un phlegmon du sac ou une périocystite lacrymale : la fistule a d'abord un siège d'élection, qui est la partie inféro-interne du sac, 5 à 10 mm. au-dessous du tendon de l'orbiculaire ; elle représente un petit clapier, à bords légèrement indurés, qui laisse surtout écouler des larmes et qui, exploré au stylet, conduit dans le sac. Tout autour l'induration est modérée, sauf, bien entendu, pendant les périodes de réchauffement de la fistule.

Les tuberculoses du sac nous paraissent susceptibles aussi d'induire en erreur. Toutefois, il y a assez souvent, en même temps, des signes généraux et surtout voisins de bacillose ; l'âge (la tuberculose du sac est une maladie des jeunes sujets) nous semble aussi devoir entrer en ligne le compte ainsi que l'adénopathie pré-auriculaire ou sous-angulo-maxillaire, à peu près constante dans la tuberculose, alors qu'elle fait le plus souvent défaut dans les tumeurs malignes du sac. La fistule est assez large ; autour d'elle la peau est violacée et décollée, tandis que dans les néoplasies malignes la peau est au contraire, très adhérente. Enfin l'on peut quelquefois trouver du bacille de Koch.

La syphilis sacculaire ou péri-sacculaire est une affection très rare : en général, elle se manifeste

sous la forme d'une gomme de l'apophyse maxillaire de l'unguis. Les antécédents de spécificité, l'évolution, la montée à la peau d'une petite tumeur arrondie qui s'ouvre, formant ainsi une ulcération à bords taillés à pic, le contenu gommeux de cette ulcération, l'absence de ganglions, enfin l'exploration au stylet qui conduit directement sur des surfaces osseuses dénudées, constituent un ensemble symptomatique suffisant pour que la confusion soit impossible. Si, malgré cela, des doutes subsistaient, l'on pourrait encore avoir recours à la réaction de Wassermann, en tenant compte, bien entendu, des nombreuses restrictions qu'elle comporte et, surtout, au traitement d'épreuve qui, dans les cas de syphilis sacculaire, fait disparaître les accidents en très peu de temps.

Signalons simplement en passant la sporotrichose du sac dont on ne connaît que quelques cas : elle est, du reste, toujours accompagnée d'autres manifestations sporotrichosiques, surtout dans les paupières.

2° *Tumeurs pré-sacculaires.*

On a décrit sous cette rubrique des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes.— Les premières sont des papillomes, des lipomes, des kystes dermoïdes, etc. Ces tumeurs ont en général une évolution lente ; certaines même, comme les dermoïdes, ont une origine congénitale. Les anamnestiques rendent ici la confusion difficile avec les tumeurs du sac proprement dites.

En ce qui concerne les tumeurs malignes de la peau de la région pré-sacculaire, la question se présente très différemment. En effet, on voit parfois des gens âgés s'observant mal et qui sont porteurs d'un néoplasme siégeant au niveau de l'angle interne de l'œil et de la région pré-sacculaire. Si donc il évolue depuis quelque temps, s'il a pénétré en profondeur, il est impossible de connaître le point de départ exact de la néoformation.

Enfin, les kystes sébacés de la région du sac peuvent aussi, en s'enflammant et en suppurant, donner lieu à la formation d'une néoplasie capable d'en imposer pour un néoplasme : la peau est alors déchiquetée, sur une masse fongueuse de mauvais aspect. Dans ces cas, il faut s'assurer, par toutes les investigations habituelles, que l'affection n'a rien à voir avec les voies lacrymales, sans oublier l'injection exploratrice qui est impossible quand il s'agit d'une tumeur sacculaire vraie.

3° *Tumeurs péri ou rétro-sacculaires.*

Dans ce groupe de tumeurs, on a décrit des cancers de la caroncule, de l'ethmoïde, de la bulle ethmoïdale, du nez, des sinus, etc. Un des caractères des tumeurs sacculaires primitives, c'est d'avoir plutôt une propagation en avant : elles tendent, en effet, à progresser vers la peau. Donc, au point de vue clinique, si on est en présence d'une tumeur de la région sacculaire qui s'accompagne d'envahissement de la peau, on doit penser de préférence à une origine sacculaire;

si, au contraire, cette tumeur s'accompagne de signes osseux, on aura tout lieu de supposer qu'elle a pris naissance au niveau du nez ou des cavités sinusiennes. En résumé, si sac et nez sont envahis, c'est vraisemblablement dans le nez qu'est le point de départ du néoplasme, si sac et peau sont atteints, c'est probablement dans le sac.

PRONOSTIC DES TUMEURS DU SAC LACRYMAL

Ce pronostic ne diffère pas de celui des autres tumeur et, comme pour elles, les seules notions qui doivent entrer en ligne de compte dans son établissement sont celles de la bénignité ou de la malignité.

Pour les tumeurs bénignes, malgré le peu de gravité de l'affection, il ne faut pas perdre de vue que leur dégénérescence cancéreuse est toujours possible, ce qui en assombrit un peu le pronostic si leur évolution se prolonge longtemps.

Quant aux secondes, on ne peut obtenir de bons résultats qu'en extirpant le sac alors que la tumeur est encore limitée à lui, car, dans le cas contraire, les délabrements qu'on est obligé de faire dans le massif facial constituent une opération grave, sur les suites de laquelle on ne peut se prononcer qu'avec beaucoup de prudence. — Même dans l'ablation précoce du sac, lorsque le cancer n'a pas encore envahi les tissus voisins, notre pronostic doit rester très réservé, en raison de la récurrence toujours possible.

TRAITEMENT DES TUMEURS DU SAC LACRYMAL

La thérapeutique des tumeurs du sac lacrymal consiste, soit dans l'extraction en bloc du sac, soit encore dans la curiethérapie ou la radiothérapie. — Le traitement chirurgical a d'autant plus de chances d'être efficace, du moins pour les formes malignes, qu'il est effectué plus tôt. Aussi, étant donné que l'évolution des néoplasmes sacculaires reste très souvent méconnue au début, puisqu'elle ne se manifeste tout d'abord que par un larmolement rebelle, il ne faut pas hésiter à répandre de plus en plus la théorie que l'Ecole lyonnaise a toujours chaudement défendue, c'est-à-dire l'ablation du sac comme traitement des dacryocystites chroniques; et cela, à plus forte raison, s'il s'agit d'un vieillard atteint de dacryocystite ancienne avec ectasie du sac, chez lequel l'existence d'un cancer latent est toujours possible.

Nous exposerons brièvement la technique opératoire de l'extirpation du sac lacrymal, telle qu'elle est pratiquée par M. le Professeur Rollet, et nous terminerons par un aperçu rapide sur la curiethérapie et la radiothérapie des néoplasmes sacculaires.

Technique opératoire de l'extirpation du sac lacrymal

Cette opération comporte cinq temps principaux :

1° Pratiquer une incision courbe de 12 mm. de longueur, à partir du relief du tendon de l'orbiculaire que l'on respecte. Déposer le bistouri et prendre deux

petits écarteurs dentés spéciaux qui découvrent le champ opératoire.

2° Avec une rugine qui trouve un plan de clivage, le sac est décortiqué en avant puis en haut sous le tendon, en dedans et en dehors. Le sac est tenu vigoureusement avec une petite pince car on ne l'injecte plus artificiellement. L'enlever d'un bloc, après l'avoir pelé, sans morcellement.

3° Section rapide des attaches du sac à la rugine au niveau du canal et des canalicules ; le sac, correctement enlevé, mis dans l'eau et insufflé, présente deux petits pertuis en haut et une plus large ouverture en bas.

4° Curetter le canal nasal avec une curette de 3 à 4 mm. suivant l'âge du sujet. S'il reste des débris sacculaires dans la loge lacrymale, profonde de 15 à 18 mm., la curetter aussi, mais discrètement, car on détermine chez les jeunes sujets une périostose qui disparaît cependant dans la suite. On peut aussi enlever complètement le canal, en le séparant de sa loge osseuse avec une petite gouge mousse.

5° Placer un petit tortillon d'ouate comblant l'angle interne ; jamais de drainage (le curettage du nasal suffit), jamais de fils.

Dans le cas de tumeur maligne, un sixième temps serait, bien entendu, celui consistant à enlever les ganglions pré-auriculaires et sous-angulo-maxillaires, en ayant soin d'évider soigneusement toute la loge ganglionnaire.

Si, au cours de l'intervention, l'on constate que le néoplasme a largement dépassé la loge lacrymale, on peut être amené à réséquer des fragments plus ou moins larges de l'apophyse montante du maxillaire, l'unguis, etc. Quand l'os est ainsi infiltré, ces interventions atypiques conduisent souvent très loin et l'on peut être obligé d'aller jusqu'à la bulle ethmoïdale, au sinus maxillaire, au nez, etc. Le pronostic de ces opérations est naturellement des plus mauvais.

Curiethérapie des tumeurs du sac lacrymal.

Il y a lieu d'envisager, dans cette thérapeutique, trois formes possibles d'application de radium :

1° Dans une première méthode, et c'est celle qui nous semble surtout convenir aux sacs adhérents et aux néoplasmes envahissants, l'on procède ainsi :

a) Placement d'un tube de radium à travers un canalicule largement incisé si la tumeur est petite, ou d'aiguilles avec émanation si la tumeur est très volumineuse.

b) Ablation complète du néoplasme dans un deuxième temps.

2° Quand la tumeur est bien limitée aux voies lacrymales, on peut modifier ainsi la technique :

a) Enlever d'abord le sac en bloc, suivant le procédé chirurgical décrit plus haut.

b) Placer ensuite un tube de radium dans la plaie, pour stériliser les éléments néoplasiques.

3° On peut aussi, dans certains cas, s'en tenir uniquement à la curiethérapie, sans intervention sanglante.

Radiothérapie des tumeurs du sac lacrymal

Il est possible d'utiliser la radiothérapie de la même façon que la curiethérapie. Toutefois, il semble qu'il faille surtout la réserver aux cas s'accompagnant d'envahissement des ganglions. Ses indications les plus formelles sont les gros paquets ganglionnaires néoplasiques. Ici, comme dans le cancer de la langue, où l'on emploie la curiethérapie sur la langue et la radiothérapie sur les ganglions, l'on pourrait employer le radium sur le néoplasme lui-même et les rayons X sur les masses ganglionnaires. Il faut utiliser, dans ces cas, des rayons très pénétrants, avec filtrage sur de larges plaques d'aluminium ou même de zinc.

CHAPITRE VII

Observations de Tumeurs bénignes du sac lacrymal.

OBSERVATION I

(DUPUY-DUTEMPS)

*Papillome du sac lacrymal et papillomes multiples de la
conjonctive.*

Mlle X..., âgée de 22 ans, vint me consulter au mois de juillet 1903, pour une tuméfaction de la région du sac lacrymal droit, qui s'était développée lentement, sans douleurs, ni réaction inflammatoire notable, depuis environ six mois. De ce côté existait un larmolement ancien (depuis l'âge de six ans) qui n'entraînait pas d'ailleurs de gêne notable et pour lequel on n'avait jamais fait de traitement.

Cette tuméfaction, régulière et arrondie, du volume d'une grosse noisette, de consistance assez ferme, rénitente, n'était ni réductible ni fluctuante. La masse, adhérente aux plans profonds, siégeait exactement dans la région du sac lacrymal; au-dessous d'elle la peau était mobile et présentait une teinte rouge inflammatoire. La pression, peu douloureuse, ne provoquait pas de reflux par les points lacrymaux et le liquide injecté par les points lacrymaux ne paraît pas dans les fosses nasales. Pas d'adénopathies.

La muqueuse du cornet inférieur du même côté était très hypertrophiée et blanchâtre. M. Guisez, qui a bien voulu examiner la malade, ne peut déterminer la nature de cette lésion, mais élimine absolument la tuberculose.

L'examen histologique de la muqueuse nasale n'a pu malheureusement être pratiqué.

L'ensemble de ces symptômes fit porter le diagnostic de rétrécissement ancien du canal nasal, compliqué de dacryocystite légère sans dilatation notable du sac avec péricystite chronique prédominante.

La malade était d'ailleurs en parfaite santé et on ne relevait dans ses antécédents ni syphilis ni tuberculose.

La conjonctive n'était pas irritée ; mais il existait au niveau du cul-de-sac inférieur six ou sept petites végétations inégales, étroites et minces, d'aspect cilleux, de consistance molle, aplaties parallèlement à la surface palpébrale, finement digitées à leur extrémité libre et parcourues par de très fines arborisations vasculaires. Le cul-de-sac supérieur, au voisinage du tarse, présentait un nombre à peu près égal de végétations semblables, mais moins développées. Les petits papillomes conjonctivaux n'entraînaient aucune gêne et la malade ignorait même leur existence.

Le cathétérisme pratiqué pendant quelque temps n'amena aucune amélioration ; la sonde passait assez facilement, mais les voies lacrymales restaient imperméables à l'injection et la tuméfaction persistait sans changement.

L'extirpation du sac fut faite le 11 septembre 1903. L'incision des téguments mit à jour une tumeur végétante, en partie friable, peu vasculaire, remplissant toute la gouttière lacrymale à laquelle elle adhérait et absolument indépendante de la peau et de la couche musculaire. La plus grande partie fut enlevée par dissection ; puis la gouttière osseuse et le canal nasal furent curettés et légèrement cautérisés au galvano-cautère. Hémorragie insignifiante. Réunion par première intention.

Les végétations conjonctivales furent incisées et leur point d'implantation cautérisé au galvano-cautère. Quelques-unes récidivèrent au bout de quelques semaines ; mais elles furent

définitivement détruites par une seconde cautérisation plus profonde que la première.

Depuis plus d'un an il ne s'est pas produit de récurrence.

Au niveau de sac existe une cicatrice linéaire légèrement déprimée.

Le larmolement persiste, mais peu abondant.

La figure 1 de la planche 1 montre, à un faible grossissement, la structure histologique de la tumeur du sac. Elle est formée d'un noyau de tissu conjonctif fasciculé, qui donne naissance à des prolongements vasculaires se subdivisant eux-mêmes en ramifications secondaires plus ou moins grêles et enchevêtrés, dont la disposition est très irrégulière. Ces saillies conjonctives sont revêtues d'une couche épithéliale uniforme et continue qui se moule sur elles, en tapissant les reliefs et les dépressions. Cet épithélium de revêtement, formé de vingt à trente couches de cellules superposées, est nettement séparé du tissu conjonctif par une basale. Les couches profondes sont formées d'éléments cylindriques, à grand axe perpendiculaire à la basale, disposés sur trois ou quatre rangées. Ces cellules cylindriques prennent fortement les colorants et forment ainsi une zone sombre qui tranche sur le reste de l'épithélium. La plus grande partie du revêtement épithélial est composée de cellules ovalaires ou arrondies, se colorant faiblement. Au niveau de la surface libre, il est limité par une ou deux couches de cellules aplaties qui desquament.

Dans l'épaisseur même de la trame conjonctive, on voit des amas épithéliaux de forme arrondie ou irrégulière, qui pourraient d'abord en imposer pour des bourgeons épithéliaux végétants et envahissant le stroma ; mais l'existence d'une basale partout continue, les caractères et le rangement régulier des cellules, semblables à ceux de l'épithélium de revêtement, indiquent suffisamment qu'il n'y a pas d'envahissement, et que cette disposition est due à des coupes de papilles ou de dépressions interpapillaires portant à des niveaux différents sous des incidences variées. Il est à noter qu'au milieu des couches épithéliales, on voit, disséminés, de très nombreux leucocytes polynucléaires et des noyaux sans protoplasma apparent. On trouve aussi dans certaines parties du tissu conjonctif des polynucléaires réunis en amas,

Les végétations de la conjonctive présentent la structure typique du papillome conjonctival, concordant dans ses caractères principaux avec les descriptions qui en ont été données par Parisotti, Sigismond, Fuchs, Sims, Steiner, etc. Elles sont formées d'une charpente conjonctive délicate qui se ramifie en fins prolongements où sont logés des vaisseaux entourés d'un tissu conjonctif très rare. L'épithélium stratifié qui le recouvre est formé de dix à douze rangées de cellules à noyau ovalaire, dirigé perpendiculairement à la surface ; la couche superficielle est formée de cellules aplaties. Il n'existe pas de cellules caliciformes ; ces éléments se trouvaient en grand nombre, au contraire, dans un cas de Wagenmann. Dans le tissu conjonctif, on trouve quelques amas de cellules lymphoïdes et de rares polynucléaires disséminés. Quelques-uns de ces derniers éléments se rencontrent aussi entre les cellules de l'épithélium.

OBSERVATION II

(FREDERIK TOOKE)

Polype du sac lacrymal.

B... D..., jeune Canadienne de vingt ans, entra à l'Hôpital Royal de Montréal il y a environ un an, se plaignant de crises douloureuses et d'un gonflement de la région du sac lacrymal droit. La description d'une de ces crises fit presque songer à un début d'érysipèle de la face. La malade dit, qu'en dehors du larmolement, elle n'avait jamais remarqué d'issue de pus par ses canalicules lacrymaux. Elle avait été soignée auparavant dans une clinique canadienne, où elle affirmait qu'on lui avait extirpé le sac lacrymal.

Dans ses antécédents personnels, rien à signaler : à l'heure actuelle la malade a l'apparence d'une femme très robuste.

Plusieurs fois elle avait été se faire soigner dans un dispensaire, où des gouttes lui avaient été prescrites en instillations.

Le sac n'avait jamais été sondé, tout au moins au dire de la malade, et les canalicules lacrymaux n'avaient pas été incisés. Aucun écoulement à la pression sur le sac lacrymal. — Le diagnostic de sténose des voies lacrymales fut établi au moyen d'une seringue lacrymale. Il n'y avait pas d'épaississement apparent des tissus dans la région du sac ni de tuméfaction sous la peau. Une petite cicatrice semi-lunaire d'environ 15 mm. de long, guérie par première intention, pouvait se remarquer au point habituel de l'incision faite pour l'extirpation du sac. Elle s'étendait en bas et en dehors à 2 mm. au dire de la malade au sujet de l'opération qu'on lui avait faite. — En réalité le sac existait toujours.

Dans le service d'oto-rhino-laryngologie, on avait constaté une rhinite chronique et une hypertrophie des amygdales. Il y avait aussi, sur la muqueuse buccale, de nombreuses petites plaques ulcérées qui avaient été diagnostiquées comme non spécifiques et qui avaient disparu après un lavage antiseptique de la bouche. La réaction de Wassermann n'avait pas été faite. Pas de polype nasal. Rien à signaler du côté des sinus. Les paupières et les conjonctives étaient normales et la cornée ne présentait pas de cicatrice pouvant faire songer à une affection primitive de la conjonctive ou du sac lacrymal. Acuité visuelle normale.

La malade fut anesthésiée à l'éther et le sac extirpé par le procédé d'Axenfeld. Le trajet de l'ancienne cicatrice fut suivi d'assez près, mais, et cela me semble digne de remarque, je ne trouvai pas l'amas de tissu cicatriciel ou l'épaississement du périoste que je m'attendais à rencontrer ; au contraire, l'opération fut très aisée. Il n'y avait aucune adhérence inflammatoire entre le périoste et le sac et ce dernier se présentait de telle façon qu'on pouvait facilement l'extirper sans déchirure. Après l'enlèvement du sac, une petite incision fut faite à sa partie médiane ; par un hasard heureux, on tomba exactement sur l'emplacement du polype, son attache étant immédiatement à la partie postérieure de la paroi du nez et dirigée en haut et en dehors. Le polype mesure environ 4 mm. de hauteur sur 2 mm. de largeur. Il a la forme d'un crayon et il est très nettement pédiculé à son

point d'attache ; en cet endroit, on trouve quelques minuscules polypes accessoires. Ce polype est d'une couleur marbrée, ressemblant en cela à celui décrit par Wagenmann, ce qui fait penser qu'il est constitué par du tissu vasculaire hyperhémie. J'enlève une portion de la paroi du sac au-dessus du polype pour en faire une étude microscopique et je garde intact le polype et le reste du sac comme pièce macroscopique.

A l'examen d'une portion de la partie excisée du sac (voir planche 1, fig. 2), on remarque un processus inflammatoire aigu ou subaigu de la couche muqueuse. L'épithélium cylindrique est intact et il est régulièrement disposé à peu près partout sur la muqueuse. Quelques-unes des cellules épithéliales, particulièrement celles qui se trouvent profondément situées, sont volumineuses et gonflées ; ceci ressemble, du reste, aux modifications rencontrées dans l'épithélium de la cornée, lors d'une inflammation ou d'un œdème.

L'épithélium n'est pas disposé en petits amas comme cela se remarque souvent dans une inflammation aiguë du sac. On ne trouve pas de traces de desquamation épithéliale. Quelques cellules caliciformes existent dans la muqueuse. La membrane basale sous-épithéliale est intacte, tandis qu'au-dessous, la sous-muqueuse est très nettement infiltrée de lymphocytes et de cellules plasmatiques. La couche musculaire du sac ne montre aucune modification inflammatoire. Néanmoins, les vaisseaux sont légèrement ectasiés, sans présenter toutefois de lésions congestives, comme on pourrait le croire, à première vue, par l'examen d'une coupe de la région avoisinant le canal nasal.

OBSERVATION III

(FREDERIK TOOKE)

Polypes du sac lacrymal.

M... L..., ébéniste, âgé de 37 ans, fut soumis à mon examen, à l'Hôpital Royal Victoria. Il se plaignait d'un larmoiement ancien qu'il n'avait jamais pu faire disparaître. Il me dit qu'il n'avait jamais souffert de manifestations inflammatoires aux yeux ou aux annexes de l'œil et que les douleurs qu'il éprouvait n'étaient pas localisées à la région du sac lacrymal. Comme dans le cas précédent, les canalicules lacrymaux n'avaient pas été incisés et on ne l'avait jamais sondé. — Un diagnostic de sténose des voies lacrymales fut établi grâce à la seringue lacrymale. L'examen nasal montra, à droite, c'est-à-dire à l'opposé du sac malade, un certain degré de déviation de la cloison, associé à une légère rhinite chronique. De même que dans le cas précédent, il n'y avait pas de tuméfaction des tissus environnant la partie inférieure du canal nasal et il n'y avait aucun écoulement nasal qui puisse faire songer à une suppuration des cavités accessoires du nez. Le patient était atteint de myopie, mais la correction était obtenue complètement au moyen de verres appropriés qu'il ne portait d'ailleurs pas. L'extirpation du sac, sous anesthésie à l'éther, fut pratiquée pour remédier à l'épiphora. Le sac fut découvert sans difficulté, mais, avant de pouvoir désinérer ses attaches supérieures et inférieures, une petite entaille fut faite par mégarde dans sa paroi. Au cours de ce petit accident, un polype couleur gris perle, comme le sont ceux du nez, s'échappa par cette ouverture ; ce polype était de la grosseur d'un pois et avait la forme d'une perle. Malheureusement, pendant qu'on le disséquait, il se détacha de son pédicule : on le plaça alors dans le formol en vue de recherches anatomo-pathologiques ultérieures. Quand le sac fut complètement enlevé, on pratiqua une plus grande incision et on trouva ainsi un second polype attaché au côté nasal de la paroi du sac. Cette tumeur avait vague-

ment la forme d'un marteau ou d'une enclume ; le pédicule était court et épais. Le polype était de la même couleur et de la même grosseur que celui qui s'était échappé en premier lieu et il remplissait presque complètement le sac dans le sens horizontal. Le sac n'était pas ectasié et ses parois n'étaient pas considérablement épaissies. La pièce fut fixée dans le formol, durcie à l'alcool et incluse en celloïdine.

Les coupes microscopiques du polype montrèrent qu'il était constitué par un délicat stroma ressemblant quelque peu au tissu cellulaire aréolaire, mais ne pouvant être comparé exactement à aucun tissu connu. Les cellules individuelles sont assez larges, étoilées, séparées les unes des autres par un réseau qui, coloré par la thionine, se montre composé d'amas variable de mucine. L'on remarque, disséminés dans ce réseau, de nombreux vaisseaux sanguins à parois extrêmement minces, ainsi qu'un certain nombre de lymphocytes. La tumeur ne peut pas, à proprement parler, être considérée comme un vrai myxome, mais comme une néoplasie myxomateuse plus ou moins combinée avec des éléments fibreux : cela se déduit clairement de l'examen du pédicule du polype. Ce pédicule est formé en majeure partie par du tissu conjonctif typique ; sans aucun doute, l'hyperplasie des éléments de la sous-muqueuse du sac et des cellules du tissu conjonctif est le résultat d'une inflammation antérieure. On remarque également en cet endroit, plus que partout ailleurs, la nature vasculaire de la tumeur, les vaisseaux étant dilatés et leurs parois mieux formées que sur les autres points. Le pédicule et la partie du polype avoisinante sont recouverts par une rangée de cellules épithéliales qui disparaissent de la surface du polype au fur et à mesure qu'on avance vers lui. Il est malaisé de systématiser ces cellules, leur présence étant en plusieurs points masquée par un certain degré d'infiltration qui a gagné la muqueuse et la sous-muqueuse. Malgré tout, ces cellules ne semblent envahir aucun point déterminé : rien ne peut faire penser, pour l'instant, à un processus de nécrose. Tout porte à croire qu'on se trouve là en présence de phénomènes inflammatoires et exsudatifs. Les sections colorées par la méthode de Gram ne révèlent pas l'existence de microorganismes.

Planche I.

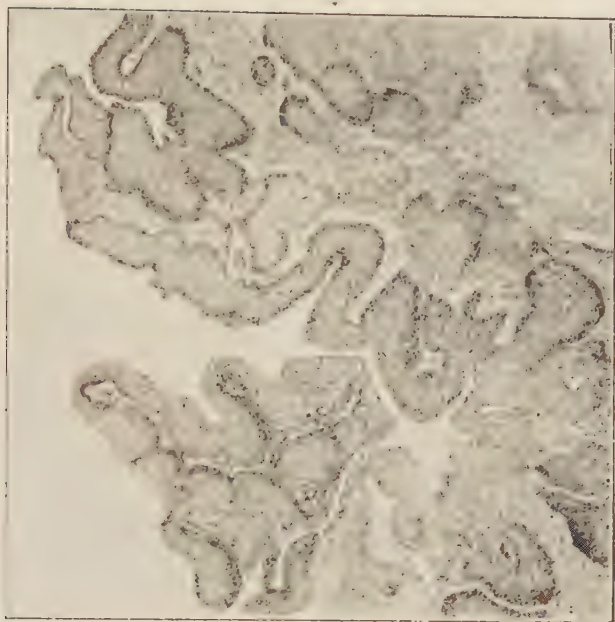


Figure 1.

Papillome du Sac lacrymal.

(Coupe Microscopique à faible grossissement).

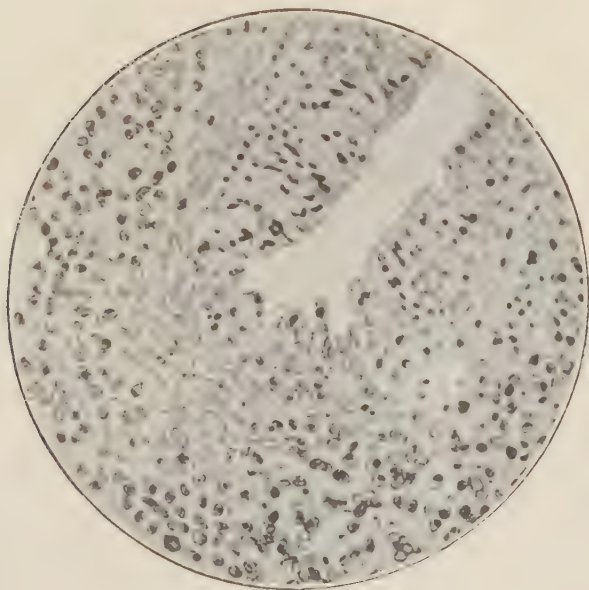


Figure 2.

Formation polypoïde dans le Sac lacrymal.

(Reichert Obj. N° 7).

CHAPITRE VIII

Observations de Tumeurs malignes primitives du Sac lacrymal.

OBSERVATION I

Inédite

(Clinique Ophtalmologique de M. le Professeur ROLLET)

*Dacryocystite ancienne. Fistule lacrymale. Epithélioma
du sac consécutif.*

Charles D..., 51 ans, né à Bischwiller (Alsace), entre dans le service le 5 mai 1920. Le début de la maladie actuelle remonte à 1910, où elle se manifeste sous la forme d'un léger larmolement, surtout au froid et à l'occasion du travail. En 1914, apparaît une petite tumeur au niveau de la région lacrymale. Dans le courant de 1915, on procède, dans une ville voisine, à l'extraction du sac lacrymal. Cette extirpation ne fut malheureusement pas complète et on laissa subsister une petite portion du sac. La plaie ne se referma pas : une petite fistulette persista. En 1919, la fistule sembla s'agrandir et s'entourer d'une sorte de chéloïde qui fut grattée et cautérisée, toujours dans la même localité. La cicatrisation se fit mal et il persista une tumeur dont les progrès constants décidèrent

le malade à entrer à la Clinique Ophtalmologique du Professeur Rollet.

5 mai 1920. — A l'entrée, on constate une petite tumeur de coloration violacée, allongée de haut en bas et de dedans en dehors, ayant environ 15 mm. de long sur 5 mm. de large et occupant la région du sac. Le centre en est excavé et les bords sont surélevés avec un aspect perlé. Il n'y a pas d'ulcération vraie, mais la surface est recouverte d'une fine cuticule cicatricielle qui s'éraille facilement. La tuméfaction est d'une dureté cartilagineuse, très adhérente aux plans sous-jacents, impossible à mobiliser. A la palpation, on sent une induration profonde se continuant sans limites nettes avec les tissus voisins. L'indolence est absolue; il n'y a pas de ganglions auriculaires ni de ganglions sous-angulo-maxillaires. La paupière est attirée en dedans ; le larmolement est intense et il y a de la conjonctivite angulaire. Aucun reflux de pus à la pression.

Le cathétérisme mène dans une cavité qui semble être le sac lacrymal ; on ne peut pas aller plus loin ; les lavages ne passent plus. L'examen du nez reste négatif.

On soumet le malade à un traitement radiothérapique, mais, devant les résultats incomplets obtenus par cette méthode thérapeutique, on décide une intervention chirurgicale.

12 août 1920. — Ablation large en tissu sain ; on enlève à la rugine la gouttière lacrymale qui ne paraît pas grandement envahie. On pratique une suture primitive qu'on favorise par glissement des lèvres de la plaie. Guérison par première intention.

Trois mois après l'aspect de la cicatrice semble satisfaisant. Il n'y a pas de tumeur nouvelle, mais la palpation profonde montre, à ce niveau, un empâtement suspect.

Examen anatomo-pathologique de la tumeur (D^r Bussy). — A l'examen macroscopique, on constate que la tumeur est formée par une masse sans limites nettes se continuant avec les tissus voisins et se propageant surtout vers l'avant, en envahissant la peau. La partie inférieure du sac lacrymal, à l'endroit où celui-ci se continue avec le canal nasal, est encore absolument normale.

Au point de vue microscopique, on remarque des boyaux cellulaires irréguliers noyés dans un stroma conjonctif se prolongeant jusqu'aux couches de la peau, dont quelques-unes ont disparu complètement pour n'être remplacées que par une mince cuticule cornée. Peu de vaisseaux ; aucune cavité kystique. A un fort grossissement, les éléments de ces boyaux cellulaires apparaissent comme de grosses cellules à forme irrégulièrement cubique, à protoplasma granuleux formé de grains de mucus, et à noyau volumineux. On constate, dans la préparation, de nombreuses figures karyokynétiques, sans toutefois trouver la moindre mitose atypique. Le diagnostic histopathologique est donc celui d'épithélioma. Cet épithélioma, constitué par des cellules cubiques contenant des grains de mucus, ne présente aucun des caractères de l'épithélioma malpighien : à n'en pas douter, il a pris naissance au niveau de l'épithélium de la muqueuse du sac lacrymal.

OBSERVATION II

(Clinique Ophtalmologique de M. le Professeur ROLLET)

*Cancer primitif latent du sac (Epithélioma). Dacryocystite.
Extirpation du sac en bloc.*

Nicolas G..., 65 ans, cultivateur, entré le 13 mars 1905 à la Clinique de M. le Professeur Rollet.

Larmolement depuis deux ans, à gauche, principalement au vent et au froid. Depuis un an, apparition d'une tumeur à l'angle interne de l'œil. Elle a le volume d'une petite noisette et sa pression fait couler du pus par le nez et par les canalicules. Actuellement, tumeur lacrymale, avec écoulement purulent et conjonctivite marquée du grand angle ; tumeur molle et que l'on peut déprimer sous le doigt. Pas d'adénopathie.

17 mars. — Extirpation du sac en bloc, par M. Rollet. Décortication à la rugine, curettage du canal nasal. Pansement à plat, ni drain, ni fils. La tumeur enlevée, on sent, entre

deux doigts, qu'elle est presque solide. Elle est coupée, et son intérieur apparaît occupé par une tumeur mamelonnée.

24 mars. — Réunion immédiate complète. Le malade part ; ni pus à l'angle interne à la pression de la loge lacrymale, ni larmolement.

Examen anatomo-pathologique par le Docteur Aurand. — Voir planche 2, fig. 3 et 4.

La pièce qui nous a été donnée a été fixée immédiatement au formol. Son volume est celui d'une petite noisette un peu allongée.

Coupe macroscopique. — Sur une coupe perpendiculaire à son grand axe, on aperçoit, en dehors et un peu en arrière de la lumière du sac, une tumeur gris rosé, triangulaire, à pointe postérieure, qui repousse en dedans la muqueuse et paraît entourée d'une coque fibreuse qui se continue avec la paroi entourée d'une coque fibreuse qui se continue avec la paroi antérieure épaissie du sac lacrymal. La lumière du sac présente des bords festonnés par de nombreuses saillies bourgeonnantes, qui tapissent en grand nombre toute la face interne du sac.

Coupe microscopique. — Après inclusion à la paraffine et coloration par l'hématéine-éosine, sur une coupe du sac lacrymal pratiquée perpendiculairement à son grand axe et examinée à un faible grossissement, la paroi est très épaissie, transformée en un tissu fibreux dont les fibres ondulées affectent une direction à peu près circulaire. Vers la partie antérieure du sac, cet épaississement est encore plus considérable et la paroi se double d'îlots de fibres musculaires enserrées par le tissu fibreux et accompagnées de quelques artérioles. En un point, les fibres conjonctives postérieures de cette paroi s'incurvent en arrière, en formant une sorte de cloison fibreuse antéro-postérieure qui divise la préparation en deux parties, l'une contenant le sac lacrymal proprement dit avec sa lumière centrale à bords élégamment festonnés, l'autre constituée par une masse néoplasique arrondie, entourée également d'une mince coque fibreuse d'où partent des travées conjonctives qui cloisonnent cette masse en îlots arrondis.

L'examen du sac montre que la surface interne est tapissée de saillies ou de bourgeons qui apparaissent à la coupe comme des papilles plus ou moins volumineuses, tantôt bien arrondies, tantôt un peu aplaties et séparées par de profonds sillons. Ces saillies, sur lesquelles la muqueuse est parfois détruite, sont entièrement formées par le derme sous-muqueux, qui est le siège d'une épaisse nappe circulaire d'infiltration de cellules, colorées en violet par l'hématéine, qui poussent des prolongements un peu partout dans la paroi fibreuse hypertrophiée du sac. Nous les étudierons plus tard en détail. Dans la préparation examinée, ce tissu semble indépendant de celui de la tumeur voisine, qui est, comme nous l'avons dit, presque complètement séparée du sac par un éperon fibreux. Cependant, derrière le point de cet éperon, existe un espace où le tissu néoplasique envahit nettement la paroi postérieure du sac.

En examinant de nombreuses préparations, on peut trouver une union complète entre cette tumeur et la formation néoplasique sous-muqueuse du sac. A un fort grossissement, on constate que le derme de la muqueuse est constitué par un fin tissu conjonctif, jeune, aréolaire, très fin, formant de petites logettes qui contiennent des cellules rondes ou ovales à gros noyaux, assez clairs, avec un ou plusieurs nucléoles bien colorés par l'hématéine et entourés parfois d'un protoplasma assez abondant, coloré en rose par l'éosine. La forme des cellules n'est pas toujours ronde ou ovale, quelques unes sont nettement polygonales et d'aspect épithélioïde et parfois un peu rétractées par les réactifs, en certains points où les cellules sont très abondantes. Au sein de ce tissu, apparaissent aussi des cellules rondes embryonnaires et des polynucléaires, traces d'une inflammation concomitante, puis des vaisseaux tantôt embryonnaires, tantôt à double paroi ; on trouve même parfois de petits extravasats sanguins sous la muqueuse.

Épithélium. — L'épithélium de la muqueuse présente un aspect différent au sommet des papilles et au niveau des sillons. Au sommet des papilles, il a perdu ses cellules cylindriques, gardant ses cellules polyédriques stratifiées, à gros noyaux clairs manifestement hypertrophiés. La membrane

basale est le plus souvent bien conservée ; dans d'autres points, au contraire, il n'y a pas de démarcation nette entre l'épithélium et les cellules néoplasiques, avec cette différence cependant, que celles-ci sont moins volumineuses, avec des noyaux plus petits et plus colorés.

Lorsque l'épithélium s'enfonce comme un éperon entre les papilles, ses cellules apparaissent encore plus volumineuses. Entre elles, çà et là, des cellules polynucléaires infiltrées. Dans la profondeur des sillons inter-papillaires, très profondes, les cellules cylindriques persistent seules au-dessus de la couche génératrice mal délimitée et le protoplasma devient très clair. En outre, la membrane basale ne se retrouve plus nettement et, en certains points, il n'y a pas de démarcation entre les cellules de l'épithélium et les cellules de la tumeur.

Les cellules épithéliales s'infiltrant sans ligne de démarcation dans l'intérieur du tissu et sans changer de caractères, c'est-à-dire qu'elles conservent leur gros noyau clair, avec un protoplasma parfois assez abondant. A mesure qu'on s'avance vers la paroi du sac, on voit la tumeur s'infiltrer entre les trousseaux fibreux, sous la forme de traînées cellulaires fusiformes ou ovalaires. En certains points, les infiltrations cellulaires sont plus abondantes autour des vaisseaux. Dans une préparation, on trouve, dans l'épaisseur de la paroi postérieure du sac, en même temps que de nombreuses infiltrations sanguines, des îlots d'infiltration cellulaire, constitués les uns par les cellules de la tumeur, les autres par des cellules embryonnaires d'origine inflammatoire, car elles sont rondes, beaucoup plus petites, à noyaux très colorés, avec des formations conjonctives à peine ébauchées et en voie de désagrégation dans le centre de l'îlot, comme s'il s'agissait d'un point lymphatique hypertrophié. A noter aussi que quelques vaisseaux présentent une hypertrophie manifeste de leur paroi conjonctive.

La portion extra-sculaire, comme nous l'avons dit, est divisée en îlots arrondis par des travées conjonctives. Le tissu est constitué par un tissu conjonctif finement réticulé, au sein duquel se voient, à côté des cellules allongées du tissu conjonctif, des cellules de forme variable, mais quelquefois assez éloignées les unes des autres et laissant voir leur rétraction assez éloignées les unes des autres et laissant bien voir leur rétraction artificielle par les réactifs. Les unes sont rondes, à

noyaux très colorés et à protoplasma très peu abondant comme les cellules embryonnaires, d'autres sont des cellules polynucléaires. D'autres, plus rares, d'aspect épithélioïde, sont plus volumineuses, de forme tantôt ovalaire, tantôt en raquette ou polygonales, à noyaux bien colorés et à protoplasma abondant coloré en rose par l'éosine. Ça et là, quelques rares cellules ovalaires à gros noyaux clairs, pourvus d'un ou deux nucléoles avec un protoplasma peu abondant. Ces cellules se rapprocheraient davantage comme aspect des cellules sarcomateuses. Enfin, le tissu est parcouru par de nombreux vaisseaux embryonnaires, apparaissant tantôt sous forme de fentes vasculaires, tantôt sous forme de lumières rondes. On trouve aussi des capillaires assez abondants, contenant, au milieu des mailles, de la fibrine, des polynucléaires, des globules sanguins et quelques cellules de la tumeur.

Sur quelques préparations, on s'aperçoit que la tumeur n'est pas exactement encapsulée et qu'elle émet de longues travées dans la paroi fibreuse antérieure. Dans d'autres points, la propagation se fait dans les interstices des trousseaux fibreux sous forme d'îlots plus ou moins losangiques ou étoilés, au sein desquels sont creusés des vaisseaux embryonnaires. La tumeur semble donc suivre la voie des vaisseaux dans sa marche envahissante.

Si l'on s'en tenait seulement à ce fait et, d'autre part, à la présence de nombreux vaisseaux dans le sein de la tumeur, on pourrait penser qu'il s'agit d'un sarcome, d'autant plus que certaines cellules sont à noyaux très clairs et très volumineux. Puis, en certains points de la tumeur, les cellules deviennent plus rondes, avec des noyaux bien plus colorés occupant presque toute la cellule, avec très peu de tissu conjonctif, comme dans un sarcome globo-cellulaire ou un tissu d'inflammation. Néanmoins, comme nous avons trouvé très nettement une infiltration du derme de la muqueuse par les cellules épithéliales, nous pensons qu'il s'agit dans ce cas d'une tumeur maligne de la muqueuse du sac de nature épithéliale, mais de forme atypique, avec phénomènes inflammatoires concomitants.

OBSERVATION III

(Clinique Ophtalmologique de M. le Professeur ROLLET)

*Cancer primitif latent du sac (Polype sarcomateux).
Dacryocystite, Extirpation du sac en bloc.*

Mariette C..., 61 ans, tisseuse à Serrières, entrée à la Clinique de M. le Professeur Rollet le 8 janvier 1906. La malade, dit-elle, a reçu un coup de fouet sur la racine du nez et, à la suite, gonflement de l'angle interne de l'œil droit. Depuis cette époque, épiphora, écoulement purulent lacrymal.

A son entrée, on note une tumeur lacrymale molle, du volume d'une petite noisette, que l'on vide par la pression digitale par les points lacrymaux, il sort du muco-pus. Pas d'adénopathie.

13 janvier. — Extraction totale du sac par M. Rollet. Le sac est pelé à la rugine ; on le coupe après son ablation, et l'on voit, à sa paroi interne, deux petites tumeurs, rouges, poly-pôides, accolées l'une à l'autre.

22 janvier. — Il y a eu réunion immédiate, la malade sort guérie ; ni pus, ni larmoiement.

Examen anatomo-pathologique par M. Aurand, chef de laboratoire de la Clinique. — La paroi du sac, examinée à un faible grossissement, est épaissie ; ses parties les plus externes sont constituées par des couche lamellaires, superposées, de tissu conjonctif hyperplasié, çà et là dissociées par des traînées de petites cellules rondes, très vivement colorées par l'hématéine.

La paroi interne du sac est très sinueuse, bordée de saillies multiples, dont une, particulièrement, est extrêmement développée, sous forme d'un petit bourgeon arrondi, pédiculé.

La muqueuse est en général aplatie au sommet de ces papilles ; elle est au contraire hypertrophiée dans ses anfractuosités, qui séparent deux papilles voisines. L'épithélium est cylindrique stratifié ; les cellules sont extrêmement allongées, comme s'il s'agissait presque d'un pseudo-acinus glan-

dulaire. A ce niveau, parmi les cellules superficielles dont la portion cuticulaire est colorée en rose par l'éosine, on aperçoit des espaces incolores en forme de bouteille, mais un peu réfringents lorsqu'on fait varier la vis du microscope : ce qui permet de penser qu'il s'agit là de cellules caliciformes à mucus. La petite tumeur, en forme de champignon, dont nous avons parlé, est seule dépourvue de revêtement muqueux, ou tout au moins ce qui en reste n'apparaît que sous forme d'une seule ligne de cellules allongées, mais n'existant pas partout. Le tissu sous-muqueux est infiltré de cellules embryonnaires, comme cela se rencontre dans tous les cas d'inflammation du sac.

Quant à la petite tumeur pédiculée faisant saillie dans la lumière du sac, elle est constituée par du tissu conjonctif, dont les fibres très fines et ondulées, colorées en rose par l'éosine, forment un élégant et fin treillis. Au sein de ce tissu conjonctif réticulé, apparaissent de très nombreux vaisseaux remplis de globules rouges, les uns à double paroi, les autres à une seule paroi endothéliale. Ces vaisseaux sont d'autant plus abondants que l'on se rapproche davantage de la surface de la tumeur. Quelques vaisseaux voisins de la superficie présentent un épaississement très net de leur paroi conjonctive. Au sein de ce tissu conjonctif apparaissent quelques polynucléaires, quelques cellules en voie de karyokinèse, des cellules embryonnaires à gros noyaux vivement colorés, des cellules assez volumineuses à protoplasma assez abondant, à noyau bien coloré, enfin des cellules à noyaux clairs allongés, à double nucléole, ressemblant à des cellules sarcomateuses.

Dans d'autres parties de la préparation situées sous la muqueuse, l'aspect change un peu. On ne trouve plus ce tissu conjonctif aréolaire, mais un tissu constitué essentiellement par des alvéoles ronds, à gros noyaux avec un peu de protoplasma et remplissant des alvéoles plus ou moins allongées, formés par de fines travées conjonctives. Ça et là entre les cellules, des vaisseaux embryonnaires nombreux avec quelques globules rouges. En certains points, les cellules changent de forme, deviennent allongées, fusiformes, à noyau clair. Ce sont des cellules véritablement sarcomateuses. Quelques noyaux sont beaucoup plus volumineux que les autres,

avec de gros nucléoles. La couche fibreuse du sac est elle-même envahie par ces cellules globo-cellulaires, qui forment alors des trainées dans le tissu conjonctif, où se trouvent également des cellules plates du tissu conjonctif. En définitive, il s'agit d'un polype sarcomateux du sac lacrymal.

Planche II.

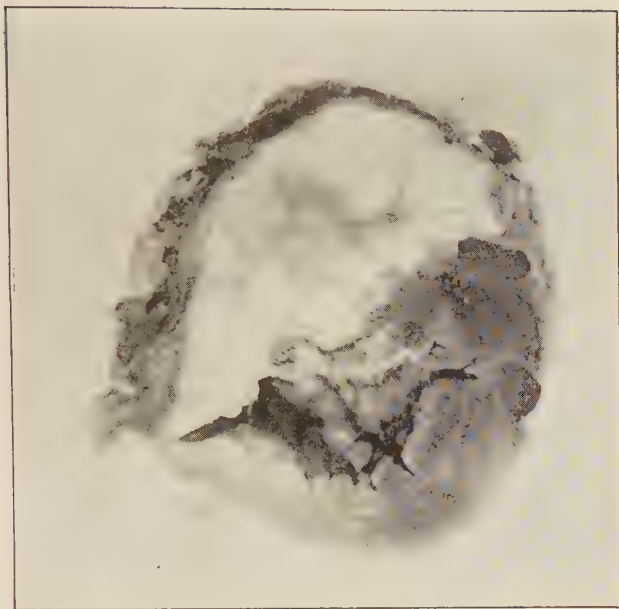


Figure 3.

Epithélioma atypique du Sac.

(Coupe macroscopique. Grossissement 8 diam.).

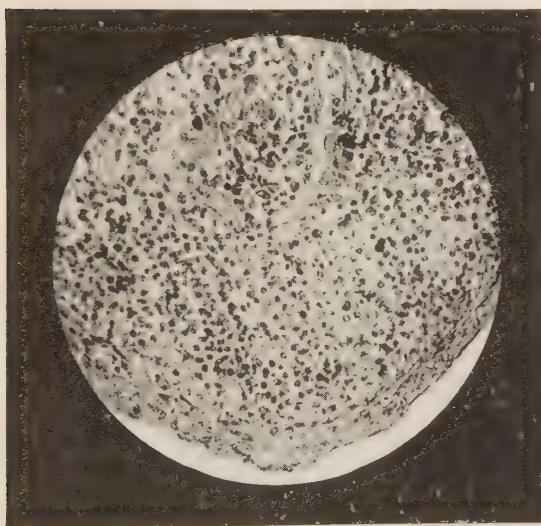


Figure 4.

Epithélioma atypique du Sac.

(Zeiss, Object. D. Oculaire. Compens. 4. Grossissement 390 diam.).

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs primitives du sac lacrymal sont d'observation rare.

II. — Ces néoplasies, le plus souvent bénignes, consistent surtout en polypes, mais on peut rencontrer aussi des cancers primitifs du sac lacrymal : on trouve généralement les premiers chez de jeunes sujets, tandis que les seconds évoluent de préférence chez des sujets âgés.

III. — Ces cancers peuvent être de nature épithéliale, nés aux dépens de l'épithélium de la muqueuse lacrymale, ou bien de nature conjonctive, ayant alors pour origine le chorion sous-muqueux. Ils peuvent encore avoir pour point de départ un polype ayant subi ultérieurement une dégénérescence maligne.

IV. — Au point de vue étiologique, le développement de ces tumeurs a le plus souvent pour origine un processus inflammatoire chronique : la dacryo-

cystite est aux tumeurs du sac ce qu'est la métrite aux néoplasmes utérins, la mastite à ceux du sein, c'est-à-dire un facteur prédisposant.

V. — Les symptômes de ces tumeurs sont ceux d'une dacryocystite chronique banale évoluant depuis longtemps ; il n'y a pas d'hémorragies, de douleurs, d'adénopathie, de sensation spéciale sous le doigt ou de modifications à la peau, qui puissent éveiller précocement l'attention.

VI. — Le diagnostic de ces tumeurs est délicat ; il se complique encore du fait de l'existence possible :

a) De tumeurs bénignes du bord libre des paupières pouvant simuler un polype pédiculé du sac, extériorisé.

b) D'autres affections sacculaires, telles que la fistule lacrymale, la tuberculose, la syphilis, la sporotrichose.

c) De tumeurs bénignes de la peau de la région du sac (papillomes, lipomes, kystes dermoïdes, etc.), de kystes sébacés ulcérés et de tumeurs malignes de la région pré-sacculaire ou bien de l'angle interne de l'œil.

d) De cancers ayant pris naissance plus ou moins loin dans le voisinage et s'étant propagés secondairement au sac lacrymal, savoir les cancers de la caroncule, de l'ethmoïde, de la bulle ethmoïdale, du nez, des sinus, etc.

VII. — Cette difficulté du diagnostic et la possibilité de l'existence d'un cancer latent du sac constituent une raison de plus à l'appui de la thèse de l'Ecole lyonnaise, qui a toujours préconisé le traitement de la dacryocystite chronique par l'extirpation en bloc du sac lacrymal.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
ROLLET.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 6 Juin 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- BISTIS. — Un cas de tumeur primitive du sac lacrymal. *Resoconto dell' XI Congresso di Oftalmologia*, Napoli, 1909, p. 533.
- BUTLER. — A case of sarcoma of the lacrymal sac. *Archives of ophthalmology*, 1914, p. 16.
- DALÉN. — Ein fall von carcinoma nach Extirpation der Tränensackes bei einem 24 jährigen. *Deutschmann's Beiträge Z. practk Augenheilk*, 1889.
- DESMARRES. — *Maladie des yeux*, Tome I, p. 339.
- DUPUY-DUTEMPS. — Papillome du sac lacrymal et papillomes multiples de la conjonctive. *Recueil d'Ophtalmologie*, 1905, p. 93.
- GRILLO. — De polypis sacci lacrymalis et conjunctivae oculis. *Diss. Hallis*, 1834.
- GUIBERT et GUÉRITEAU. — Epithélioma du sac lacrymal. *Archives d'Ophtalmologie*, 1905, p. 674.
- HERTEL. — Polypes du sac lacrymal. *Deutsche med. Wochens.*, 1899.
- JANIN. — Polype du sac lacrymal. *Mémoires et observations*. Lyon, 1772, p. 299.

LAGRANGE. — *Traité des tumeurs de l'œil*. Paris, 1901, Tome II, p. 629.

MAGGI. — Contributo allo studio dei tumori primitivi del sacco lagrimale. *Annali di Ottalmologia*, 1906, p. 789.

MALTESON. — A case of sarcoma of the lacrymal sac. *Providence M. J.*, 1901.

MAURO. — Angio-mixo-sarcoma bilaterale del sacco lagrimale con degenerazione ialina delle pareti vasali. *Rivista veneta di scienze mediche*, Venezia, 1888.

NEISS. — De fistula et polypo sacci lacrymalis. *Diss. Bonnae*, 1822.

PASETTI. — Eptelioma del sacco lagrimale. *Annali di Ottalmologia*, 1913, p. 55.

PICCOLI. — Carcinoma del sacco lagrimale. *Resoconto XII° Congresso Associazione Ottalmologica Italiana*. Venezia, 1895.

POKROWSKY. — Sur les polypes du sac lacrymal. *Archives d'Ophthalmologie*, 1912, p. 636.

ROLLET. — Trois cas de cancers non ulcérés du sac lacrymal. *Archives d'Ophthalmologie*, 1906, p. 337.

DE SCHWEINITZ. — Histologie pathologique des sacs lacrymaux. *American Journal of Ophthalmology*, mars 1920.

SEGGER. — *Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in Gebiete der Ophthalmologie*, 1885.

SGROSSO. — Sarcoma del sacco lagrimale. *Progresso medico*. Napoli, 1887.

— Eptelioma del sacco lagrimale. *Annali di Ottalmologia*, 1900, p. 82.

SILVESTRI. — Sarcoma del sacco lagrinale. *Annali di Ottalmologia*, 1897, p. 452.

SNIGUIREW. — Sarcome du sac lacrymal. *Westnik Ophthalmologii*, septembre 1910, p. 686.

STREMSKY. — Un cas de polype du sac lacrymal. *Archives Bolettino della R. Accademia Medica di Genova*, 1895.

STADERINI. — Nota sopra un fibroma del sacco lagrimale. *Bolettino della R. Accademia Medica di Genova*, 1895.

SULZER et DUCLOS. — Lymphome double du sac lacrymal suivi de lymphadénie généralisée sans leucémie. *La Clinique Ophtalmologique*, 1906, p. 204.

TOOKE. — Polypoïdal formation in the lacrymal sac. *Trans. of the American Ophthalmology*, 1912, p. 129.

DE VINCENTIIS. — Fibroma papillare del sacco lagrimale. *Movimento medico-chirurgico*, 1876.

WAGENMANN. — Ein grosser gestielter Polyp in Tränensack. *Bericht der Ophthalmologischen Gesellschaft*. Heidelberg, 1906, p. 296.

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	9
Introduction.....	15
Chapitre I. — Historique.....	17
Chapitre II. — Description, rapports et structure du sac lacrymal.....	19
Chapitre III. — Les tumeurs bénignes du sac lacrymal.....	27
Chapitre IV. — Les tumeurs malignes primitives du sac lacrymal.....	35
Chapitre V. — Pathogénie, symptomatologie et évolution des tumeurs du sac lacrymal.....	47
Chapitre VI. — Diagnostic, pronostic et traite- ment des tumeurs du sac lacrymal.....	55
Chapitre VII. — Observations de tumeurs béni- gnes du sac lacrymal.....	67
Chapitre VIII. — Observations de tumeurs ma- lignes primitives du sac lacrymal.....	75
Conclusions.....	85
Bibliographie.....	89

ERRATA

- Page 10, ligne 1, *lire* : une époque, *au lieu de* un époque.
- ligne 11, *lire* : se gravât, *au lieu de* se grave.
 - ligne 26, *lire* : les premiers éléments, *au lieu de* les premières notions.
- Page 15, titre, *lire* : les tumeurs primitives, *au lieu de* les tumeurs malignes.
- ligne 4, *lire* : et principalement des tumeurs, *au lieu de* et surtout des tumeurs.
- Page 32, ligne 8, *lire* : point de séparation, *au lieu de* point de la séparation.
- ligne 12, ne pas tenir compte de l'alinéa.
- Page 37, ligne 19, *lire* : conjonctive, *au lieu de* conjonctve.
- Page 39, ligne 16, *lire* : ganglionnaire, *au lieu de* ganglionanire.
- Page 41, ligne 17, *lire* : lymphadénie, *au lieu de* lymphadémie.
- Page 78, supprimer la ligne 16 qui répète la ligne 15.
- Page 80, ligne 34, *lire* : extra-sacculaire, *au lieu de* extra-scculaire.
- supprimer la ligne 40 qui répète la ligne 39.
 - ligne 41, *lire* : rétraction, *au lieu de* rétraection.
- Page 83, ligne 28, *lire* : ressemblant, *au lieu de* ressemblant.
- Page 89, ligne 6, *lire* : Tränensäckes, *au lieu de* Tränensacks.
- ligne 8, *lire* : järigen, *au lieu de* järigen.
 - ligne 9, *lire* : Beitrage, *au lieu de* Beitrage.
- Page 91, ligne 2, *lire* : Ophthalmologiques. Leipzig, 1899, *au lieu de* Bolettino della R. Accademia Medica di Genova, 1895.
- ligne 8, *lire* : Polypoidal, *au lieu de* Polypoïdal.
 - ligne 11, *lire* : chirurgico, *au lieu de* chrirurgico.
 - ligne 12, *lire* : Tränensack, *au lieu de* Trânensack.

Le lecteur voudra bien aussi supprimer les virgules ajoutées et placer les virgules, les tirets et les guillemets omis au cours de l'impression.
